

УДК
159.9.07
ББК56.14
■ С 34

Научный консультант серии—*А.Б.Хавин*

Сидоров П.И., Парников А.В.

С34 Введение в клиническую психологию: Т.

П.: Учебник для студентов медицинских вузов. — М.: Академический Проект, Екатеринбург: Деловая книга, 2000. — 381с. — (Библиотека психологии, психоанализа, психотерапии)

ISBN 5-8291-0057-3 («Академический проект») ISBN 5-88687-086-5 («Деловая книга») ISBN 5-8291-0058-4 («Академический проект», т. II) ISBN 5-88687-080-6 («Деловая книга», т. II)

Учебник содержит систематическое изложение основных разделов клинической психологии. Более полно, чем в других аналогичных руководствах, освещены психология лечебного процесса, психологические основы психотерапии, суицидальное поведение, психология умирания. Впервые комплекс медико-психологических знаний предлагается в органическом единстве с общей, возрастной и социальной психологией.

Учебник адресован студентам всех факультетов медицинских учебных заведений, а также врачам и психологам, специализирующимся по клинической психологии и психотерапии.

УДК
159.9.07
ББК 56.14

ISBN 5-8291-0057-3 («Академический
проект») ISBN 5-88687-086-5 («Деловая
книга») ISBN 5-8291-0058-4
(«Академический проект», т. II) ISBN 5-
88687-080-6 («Деловая книга», т. II)

© Сидоров ПИ.,
Парняков А В ,
2000 ©
Академический
Проект,
оригинал-макет,
оформление,
2000 ©
Деловая книга,
2000

Раздел 4

ТЕОРИИ ЛИЧНОСТИ

Глава 15

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ИЗУЧЕНИИ ПСИХОЛОГИИ ЛИЧНОСТИ

К настоящему времени число теорий личности в зарубежной пер-сонологии (от англ. personality—личность, индивидуальность) исчисляется сотнями и все они существенно зависят от теоретической ориентации их авторов. Теории личности в зарубежной психологии в большинстве своем отражают содержание наиболее распространенных на западе *психодинамического, экзистенциально-гуманистического и поведенческого направлений* в психологии. Такое многообразие концепций личности является следствием недостаточности методологических основ психологии, отсутствием единства мнений психологов по вопросу понимания предмета, методов и задач психологии как науки.

В *отечественной психологии*, которая на протяжении значительного исторического отрезка времени развивалась самостоятельно, также сформировалось несколько теорий личности, которые хотя и по-разному решают эту проблему, но исходят из основного положения марксистской философии о том, что личность человека обусловлена общественными, социальными условиями, причем личность не является простой проекцией этих условий, она сама их создает и творит.

Начало психологии как самостоятельной науки связывают с вышедшей в 1874 г. книгой "Основания физиологической психологии" немецкого физиолога и психолога Вильгельма Вундта (1832-1920). Он полагал, что объектом психологии являются те процессы, которые доступны одновременно и внешнему (физиологическая сторона), и внутреннему (психологическая сторона) наблюдению. Единственным таким прямым методом изучения сознания является интроспекция (самонаблюдение), которая позволяет выявить и описать наиболее простейшие психические составляющие сознания, его "атомы" или структуры (структуралистический подход). Физиологический эксперимент в психологии, хотя и делал самонаблюдение более точным, но действие его, по признанию самого Вундта, огра-

ничивалось лишь областью простейшего материала сознания — ощущений, представлений и чувств.

Как известно, В. Вундт считал, что высшие психические процессы (память, воображение, мышление и воля) самонаблюдением выявить невозможно. Исследование высших психических функций и психического развития требует уже других методов. Для их изучения необходимо выйти за рамки физиологической психологии в область *психологии народов*, где через изучение их духовной жизни—языка, мифов и легенд, обычаев и нравов, можно было бы пролить свет на закономерности протекания высших форм индивидуального сознания. Именно эту часть психологии он противопоставил индивидуальной экспериментальной психологии. С введением Вундтом двух психологии, отличающихся по содержанию, методам и различно ориентированных — на естествознание и науки о духовном, уже закладывался раскол единой науки, что явилось одной из причин и характерной чертой открытого кризиса методологических основ психологии, разразившегося в начале второго десятилетия 20 столетия.

Хотя структуралисты и полагали, что экспериментальная интроспекция представляет собой именно тот метод, который отличает психологию от других наук, однако интроспекция не была лишена существенных недостатков. С методологической точки зрения здесь "инструментом" изучения сознания испытуемого является его собственное сознание, что вносит субъективность в методику. Нельзя сперва ввести сознание в основания научного метода, а затем с помощью этого метода изучать само сознание. Действительно, каждый испытуемый в экспериментах Вундта описывал свои впечатления или переживания так, что они редко совпадали с-такими следующего испытуемого: то, что одному было приятно, другому казалось неприятным, один человек воспринимал звук слишком громким, а другому этот звук казался средним по силе. Хуже того, ощущения одного и того же человека варьируют день ото дня: то, что ему казалось приятным сегодня, может стать скучным завтра и откровенно неприятным послезавтра.

В то время как Вундт и его сотрудники пытались изучать структуру сознания, в других странах появилось иное направления исследований сознания — функционализм. У его истоков стоит психология Вильяма Джеймса (1842-1910) и его главный труд "Основы психологии" (1890). С точки зрения Джеймса и его последователей, проблема заключается не в том, чтобы узнать, из чего построено сознание, а в том, чтобы понять его функцию и роль в выживании индивидуума. Роль сознания они видели в его возможностях дать человеку способы адаптации в различных жизненных ситуациях — либо повторяя уже выработанные ранее формы поведения, либо приспособлявая их к новым ситуациям, либо, наконец, осваивая новые поведенческие способы приспособления. Правда, они также в изучении функций сознания отдавали предпочтение методу интрос-

лекции, который позволял им узнавать, как у индивидуума развивается осознание той активности, которой он предается. Вместо анализа сознания по типу "что", ими проводился анализ по типу "как" и "почему" совершаются те или иные умственные операции, посредством которых сознание решает определенные задачи в том или ином приспособительном акте.

Последователей функционализма также критиковали за такой подход к изучению сознания. По мнению критиков, предметом научного исследования должно быть только то, что доступно прямому наблюдению. Невозможно прямо наблюдать мысли или чувства, интроспекция крайне субъективна и не способна преодолеть эти затруднения. Только поведение, наблюдаемое со стороны, поддается объективному описанию.

Борьба мнений в области теории, новые факты, полученные в период интенсивного развития эмпирических и прикладных исследований в первые 50 лет существования психологии как самостоятельной науки, все более обнаруживали несостоятельность существовавшей единой психологической теории, и прежде всего недостаточность ее основания — субъективно-интроспекционистского представления о психике. В начале 10-х годов XX столетия психология вступила в период открытого кризиса, который продолжался до середины 30-х годов. Это был *кризис методологических основ психологии*, и его позитивное содержание состояло в том, что развернулась работа по созданию новой психологической теории. Если до конца XIX века психология по сути была интроспективной психологией сознания, то в результате кризиса в психологии наметились две главные тенденции.

Представители первой тенденции *отстаивали возможность дать строго научное объяснение поведению* человека. Причем если одни из них главные причины поступков и поведения человека усматривали во внешней ситуации, т.е. действии окружающей среды — *социодинамические теории*, то другие считали главными детерминантами человеческого поведения внутренние факторы и свойства личности — *психодинамические теории*.

Промежуточная точка зрения основана на принципе взаимодействия внутренних и внешних факторов в управлении актуальным поведением человека (*интеракционистские теории*). Известный исследователь психологии личности Г. Олпорт символически выразил эту точку зрения на поведение (R) в виде формулы: $R=F(B,C)$, где B — внутренние, субъективно-психологические свойства личности; C — социальное окружение, а F — знак функциональной зависимости. Тогда в социодинамических теориях поведение описывается формулой $R=F(C)$, а в психодинамических теориях — формулой $R=F(B)$.

Представители второй тенденции придерживались мнения, что *объяснить поведение человека методами, принятыми в классической науке, невозможно*. Поведение человека можно только внешне (феноменологически) описать и "понять". Эта тенденция "понимающе-описательной" психологии постепенно оформляется в современный экзистенциализм.

Первая тенденция свое крайнее выражение получила в трудах бихевиористов и психоанализе.

Приверженцы *бихевиоризма* (поведенческое направление в психологии) полагают, что психология не должна отличаться от других классических наук (таких, как биология или физика), поэтому они практически полностью устранили все "субъективное" в ней, отказавшись от исследования сознания. С помощью предложенной Уот-соном схемы "стимул-реакция" (S-»R) можно объяснить любую деятельность человека. Выражения типа "этот ребенок боится собаки" или "я влюблен в эту женщину", с точки зрения бихевиоризма, в научном плане ничего не означают. Напротив, объективные описания типа "слезы и дрожь ребенка усиливаются, когда к нему приближается собака" или "при встрече с этой женщиной сердце у меня бьется сильнее, а зрачки расширяются" — дают возможность количественно оценить и измерить чувство страха или степень увлеченности.

В психоанализе (Фрейд З. и его последователи) причины человеческого поведения усматриваются в нем самом, точнее — в его подсознательных влечениях, основанных на инстинктах. По мнению Фрейда, инстинктивные сексуальные побуждения человека "запрещаются" на уровне сознания различными социальными ограничениями. А между тем именно они побуждают людей действовать, и благодаря их "энергии" (либидо) происходит постепенное развитие личности и достижение зрелости. Фрейд полагал, что точные науки со временем будут давать строго научное объяснение всем психоаналитическим феноменам. Отрыв психоанализа от точных наук он считал временным и старался сохранить его "научность".

Во *второй тенденции* ("понимающе-описательная психология") считается, что психология должна быть особой наукой, предметом которой является именно то, что недоступно исследованию традиционных наук с их методами, а сами методы психологии должны *принципиально отличаться* от методов точных наук. Так как человеческое сознание недоступно для объективного изучения, его можно постичь только интуитивно, через своеобразное "вчувствование" — особым способом т.н. "понимающей интроспекции", на основе

доверительного самоотчета испытуемого в процессе эмпатического диалога его и исследователя. Именно этот тезис лежит в основе **экзистенциальной психологии** (Хайдегер М., 1927; Сартр Жан-Поль, 1946; Камю А., 1942; Ясперс К., 1935; и др.).

Сам термин "экзистенция" (от лат. *existentio* — "существование") впервые употребил религиозный датский философ Серен Кьеркегор (1843), понимая под ним мир индивидуального опыта человека, его истинное, подлинное внутреннее существование — "бытие". Этот внутренний мир у каждого человека уникален, неповторим и может быть понят только из собственного и непосредственного его описания самим человеком.

На свете нет двух одинаковых людей, каждый человек сам творит и создает свой внутренний мир. Для каждого из нас наш внутренний, да и внешний миры существуют как их постепенное раскрытие в течение жизни. Правда, в обыденной жизни человек не всегда задумывается о смысле своей жизни и осознает свое существование, бытие как экзистенцию. Для этого необходимо, чтобы он оказался в пограничной, экстремальной ситуации, например перед лицом смерти. Только тогда он наиболее отчетливо будет понимать и осознавать смысл своего бытия — свою экзистенцию. Для того чтобы жить и активно действовать, человек должен верить в смысл своих поступков, смысл своей жизни. Стремление к поиску и реализации человеком смысла жизни можно даже рассматривать как врожденную мотивационную тенденцию, присущую всем людям и являющуюся основным двигателем поведения и развития личности.

Гуманистическая психология (Роджерс К., Маслоу А. и другие) возникла в 30-е годы XX в. и получила наибольшее развитие в 50-60-е гг. Она занимает особое место в представленной классификации.

В работах психологов этого направления, в противовес психоанализу, выдвигается мысль о том, что у человека изначально существуют гуманоидные, альтруистические потребности, что именно они являются источниками поведения человека, а не животные инстинкты. Признание главенствующей роли в поведении человека его стремления к самосовершенствованию и самовыражению (самоактуализация) является единым звеном всех гуманистических концепций личности. Таким образом, так же, как и в психоанализе, здесь объяснительным принципом поведения признаются внутриличностные факторы, что позволяет относить гуманистическую психологию к группе психодинамических теорий личности.

Однако гуманистические психологи предпочитают описывать феноменологию личности, их интересует прежде всего то, как человек воспринимает и понимает реальные актуальные события своей жизни (принцип "здесь и сейчас"). Видеть смысл жизни и стремиться при этом к достойным для человека целям (самоактуализация) — суть психокоррекционной доктрины гуманистического направления. Нетрудно заметить в этом близость гуманистической психологии с взглядами представителей "понимающей психологии", т.е. экзистенциализма.

Глава 16

ТЕОРИИ ЛИЧНОСТИ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХОЛОГИИ

Понятие личности с позиций психологии деятельности

В рамках отечественной психологии кризис методологических основ психологии преодолевался путем применения деятельностного подхода к изучению психики. В его основу положена разработанная К. Марксом категория предметной деятельности. В качестве объяснительного принципа психики и сознания *категория деятельности* используется при изучении различных областей психической реальности. Именно в конкретной деятельности человека и ее продуктах *объективное проявление* находят не только психика и индивидуальное сознание человека, но и коллективное, общественное сознание.

Главная задача, которая ставилась перед всеми психологическими школами, заключалась в том, что изучить зависимость элементов сознания от параметров вызывающих их раздражителей: воздействие на рецептирующие системы —* возникающие ответные (объективные и субъективные) явления. Позже эта двухчленная схема нашла свое выражение в знаменитой формуле $S \rightarrow R$. Однако эта формула исключает из поля зрения тот содержательный процесс, который осуществляет реальные связи субъекта с предметным миром. Теории научения не рассматривают ничего, что можно было бы назвать сознанием, чувствованием, воображением, волей. Процессы, осуществляющие реальную жизнь человека в окружающем мире, его общественное бытие во всем многообразии его форм, — это деятельность.

В теории деятельности Алексея Николаевича Леонтьева (1903-1979), развившего идеи Льва Семеновича Выготского (1896-1934) и Сергея Леонидовича Рубинштейна (1889-1960), личность рассматривается как продукт социально-общественного развития; в качестве же реального базиса ее выступает совокупность общественных отношений человека, реализуемых его деятельностью.

В деятельности происходит переход объекта в его субъективную форму, в образ; вместе с тем в деятельности совершается также переход деятельности в ее объективные результаты, в ее продукты. То есть деятельность выступает как процесс, в котором осуществляются взаимопереходы между полюсами "субъект—объект". Через деятельность человек воздействует на природу, вещи, других людей. При этом по отношению к вещам он выступает как субъект, а по отношению к другим людям — как личность.

Внутренняя, психическая деятельность человека произошла из внешней практической деятельности путем процесса интериоризации. Внешняя и внутренняя деятельности имеют тесное взаимодействие, существует и обратный процесс порождения внешней деятельности на основе составления ее во внутреннем плане — это процесс экстериоризации. Сами эти переходы возможны только потому, что внешняя и внутренняя деятельности имеют одинаковое строение.

Деятельность — это не реакция и не совокупность реакций, а система, которая имеет строение, свои внутренние переходы и превращения, свое развитие. *Деятельность — это специфически человеческая, регулируемая сознанием активность, порождаемая потребностями и направленная на познание и преобразование внешнего мира и самого человека.*

Деятельность каждого конкретного человека зависит от его места в обществе, от условий его жизни и неповторимых индивидуальных обстоятельств. Основной характеристикой деятельности является ее предметность. Главное, что отличает одну деятельность от другой, состоит в различении их предметов. Именно предмет деятельности придает ей определенную направленность. При этом предмет деятельности выступает двояко: первично — в своем независимом существовании — как подчиняющийся себе и преобразующий деятельность субъекта; вторично — как образ предмета, как продукт психического отражения его свойств, которое осуществляется в результате деятельности субъекта.

Понятно, что деятельность человека вытекает из его *потребностей* и вне деятельности реализация любой потребности невозможна. При этом ядром личности, ее стержнем выступают *мотивы и цели деятельности*. Мотивом называется предмет потребности или, другими словами, мотив — это определенная потребность. Мотивы, побуждая и направляя деятельность, порождают действия, т.е. приводят к образованию осознанных целей.

Наряду с классом осознанных мотивов существуют мотивы, которые актуально могут не осознаваться. Однако они также представлены в сознании, но в особой форме — это личностные смыслы и эмоции. Личностный смысл определяется как переживание повышенной субъективной значимости предмета или явления, оказавшихся в поле действия ведущего мотива. Это понятие исторически связано с представлениями Вygотского о динамических смысловых системах индивидуального сознания личности, выражающих единство аффективных и интеллектуальных процессов. По своей функции личностный смысл делает доступным сознанию субъективное

значение тех или иных обстоятельств или действий, но это "информирование" чаще осуществляется в эмоционально-чувственной форме. Тогда перед субъектом стоит задача рефлексии — задача на поиск смысла. А иногда субъект бессознательно ставит другую задачу — на сокрытие смысла, и прежде всего от самого себя. Это сокрытие и лежит за описанными Фрейдом защитными механизмами, поэтому для их объяснения нет нужды привлекать понятия конфликта между инстанциями Я или врожденными влечениями. Проявления личности, которые обнаруживаются в проективных тестах, также могут быть поняты в терминах личностных смыслов и соответствующей деятельности человека по поиску либо сокрытию этих смыслов. Аналогично эмоции возникают лишь по поводу таких событий или результатов действий, которые связаны с мотивами. Если человека что-то волнует, значит это "что-то" каким-то образом затрагивает его мотив. Эмоции ревалентны деятельности, а не реализующим ее действиям и операциям. Поэтому одни и те же операции, осуществляющие разные деятельности, могут приобретать противоположную эмоциональную окраску.

Полимотивация человеческой деятельности — типичное явление. Одни мотивы, побуждая к деятельности, придают ей личностный смысл (смыслообразующие мотивы), другие (мотивы-стимулы), сосуществующие с первыми, играют роль побудительных факторов (положительных или отрицательных). Распределение функций смыслообразования и побуждения между мотивами одной деятельности позволяет понять главные отношения, характеризующие мотивационную сферу личности, отношения иерархии мотивов.

Следует отметить, что в ходе самой деятельности могут образовываться новые мотивы. В теории деятельности изучается механизм образования мотивов, который получил название механизма сдвига мотива на цель (механизм превращения цели в мотив). Суть этого механизма состоит в том, что цель, ранее побуждаемая к ее осуществлению каким-то мотивом, со временем приобретает самостоятельную побудительную силу, т.е. становится мотивом. Важно подчеркнуть, что это происходит только при накоплении положительных эмоций, связанных с достижением этой цели. Только тогда новый мотив входит в систему мотивов на правах одного из них (Гиппен-рейтер Ю.Б, 1988).

Личность характеризуется сформированностью иерархии мотивов, их широтой, динамикой, а также содержанием ведущей деятельности. Изменения мотивационной сферы при заболеваниях и расстройствах личности могут заключаться в нарушении как побудительной (снижение круга интересов), так и смысловой функции мотива (сниже-

ние опосредованное™ деятельности, актуализация непосредственной ситуации). Противоречия можно обнаружить как внутри смысловой системы личности, так и между смысловой и операциональной сторонами деятельности.

Деятельность имеет сложное иерархическое строение и состоит из нескольких "слоев" или уровней: уровень особенных деятельностей (или особых видов деятельности), уровень действий (процесс, направленный на достижение осознаваемого результата), уровень операций (способы, приемы действия, техническая сторона действий) и уровень психофизиологических функций (физиологическое обеспечение психических процессов).

Совокупность действий, которые как бы "сосредоточены" вокруг одного мотива, называют особенной деятельностью. Их примерами является игровая, учебная и трудовая деятельности. Одна и та же деятельность может побуждаться разными мотивами, в этом случае говорят о полимотивации деятельности. Отдельные конкретные виды деятельности можно различать по форме, способу осуществления, по эмоциональным характеристикам, по физиологическим механизмам и т.д.

На основании деятельностного подхода были разработаны концепции обучения и воспитания, в том числе учение о смене ведущей деятельности (Д.Б. Эльконин) и методика поэтапного формирования умственных действий (П.Я. Гальперин), которые подробно рассматриваются в курсе педагогической психологии.

Для психотерапии существенны следующие положения, вытекающие из деятельностного подхода: (1) для того, чтобы психотерапевтическое воздействие было эффективным, требуется *активность пациента*, его желание, его собственные усилия по решению своей проблемы; эффективным же воздействием можно считать тогда, когда оно приводит к реальному изменению способа действия или образа жизни; (2) успеху психотерапии способствует обучающее воздействие, т. е. снабжение клиента понятиями, теоретическими схемами, которые позволили бы ему ориентироваться во внутреннем мире, постепенно овладевая им (неспроста во многих направлениях психологии собственно терапевтическое воздействие предваряется ознакомлением клиентов с теоретической концепцией, — например, в психоанализе, транзактном анализе, трансперсональной психологии и др.).

ОБЩЕНИЕ И ФОРМИРОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ

Общение следует рассматривать в качестве специфической формы деятельности человека и одного из главных регуляторов его соци-

ального поведения. Общение оказывает решающее влияние на формирование личности, ее содержательных и формальных характеристик, психических процессов, свойств и состояний. А.А. Бодалевым (1979) особо подчеркивается недостаточность традиционного подхода к исследованию роли в формировании личности лишь одной предметно-практической деятельности.

Обязательным компонентом общения является гностический компонент — познание людьми друг друга в совместной жизни и деятельности. Способность к общению складывается из умения разбираться в людях и верно оценивать их психологию, адекватно эмоционально откликаться на состояние и поведение окружающих, умения выбора способа обращения с окружающими, адекватного с точки зрения как общественной морали, так и индивидуальных особенностей человека. Качество этих характеристик социальной перцепции повышается с накоплением и обобщением опыта общения.

Различают следующие уровни общения: дефиниция — *общение*, не сопровождающееся эмоциональной реакцией; *идентификация* — принятие на себя роли другого, отождествление с ним; *эмпатия* — сопереживание.

Роль общения в формировании личности подчеркивалась также В.Н. Мясищевым (1960), Б.Г. Ананьевым (1977), Б.Ф. Ломовым (1971). Дальнейшая разработка проблемы общения и закономерностей социальной перцепции важна для различных областей прикладной психологии, в частности, в медицинской психологии и психотерапии.

Психология отношений

Исследование личности как системы отношений начато Александром Федоровичем Лазурским (1874-1917) и детально разработано как в общепсихологическом плане, так и применительно к теории и практике медицины Владимиром Николаевичем Мясищевым (1892-1973).

Главной характеристикой личности В.Н. Мясищев считает систему ее отношений. *Отношение* — это сознательная, основанная на опыте избирательная психологическая связь, которая соединяет человека с живой и неживой природой, процессами и явлениями в мире, с другими людьми (интерперсональные связи), с самим собой (отношение к себе, самооценка).

Человек рождается без всяких отношений, но в процессе жизни у него формируется система отношений, свойственная только данно-

му конкретному человеку. Отношение человека к самому себе является наиболее поздним образованием, следующим вслед за отношениями к ситуациям, предметам и людям. Оно завершает становление характера и в целом системы отношений личности, обеспечивая ее целостность. Отношения характеризуют степень интереса, силу эмоций, желания или потребности, поэтому они и выступают в качестве движущей силы личности.

Отношения являются трехкомпонентной структурой и проявляются когнитивным, эмоциональным и поведенческим составляющими. Отношения можно различать по модальности (положительные, отрицательные), по интенсивности, устойчивости и широте.

Помимо отношений, в структуру личности входят еще три компонента: психический уровень человека (способности и психическое развитие человека); динамика реакций и переживаний (темперамент); архитектура личности — соотношение психических свойств, их пропорциональность, соподчиненность и гармоничность (характер).

Психология отношений имеет существенное значение при исследовании проблем нормального и патологического формирования личности, происхождения болезней и механизмов их развития, особенностей клинических проявлений и предупреждения заболеваний. Понятие В.Н. Мясищева о значимых отношениях личности, столкновение которых с определенными, несовместимыми с ними жизненными ситуациями, может служить источником нервно-психического патогенного напряжения и невроза.

ТЕОРИЯ УСТАНОВКИ

Грузинским психологом Дмитрием Николаевичем Узнадзе (1886-1950) понятие установки было использовано в качестве универсального объяснительного принципа изучения психики. *Установка* — это детерминирующая тенденция, внутреннее состояние готовности человека определенным образом воспринимать, оценивать и действовать по отношению к явлениям и объектам действительности.

Базовой идеей традиционной психологии являлся "постулат непосредственности": объект непосредственно и сразу влияет на сознательную психику, определяет ее деятельность. Узнадзе в 1910 г. начал поиск преодоления этого постулата, предположив наличие "опосредующего" звена. В ходе этих поисков постепенно и сформировалось понятие "установка" — как "средний член" между физическим и сознательным миром.

В школе Узнадзе разработано положение, согласно которому возникающие при встрече потребности и ситуации установки определяют направленность поведения субъекта до тех пор, пока поведение не наталкивается на те или иные препятствия. В этих случаях неосознанное поведение прерывается и начинают действовать сознательные механизмы объективизации. Возникшие затруднения привлекают внимание и таким образом осознаются. После сознательного нахождения нового режима регуляции управление поведением вновь осуществляется подсознательными установками. Эта непрерывная передача управления обеспечивает гармоничное и более экономное взаимодействие сознания и бессознательного.

Установки, по мнению Д.Н. Узнадзе, обеспечивают не только состояние готовности к определенной деятельности, направленной на удовлетворение той или иной потребности, но и являются фактором, направляющим и определяющим содержание сознания. Благодаря механизмам объективизации человек вычлняет себя из окружающего мира, начинает относиться к нему как к существующему объективно и независимо от него. Таким образом, понимание природы бессознательного с позиций теории установки кардинально отличается от трактовки его в психоанализе З. Фрейда.

Глава 17

ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПСИХОЛОГИИ

ЗИГМУНД ФРЕЙД: ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ ЛИЧНОСТИ

Зигмунд Фрейд (1856-1939) — австрийский невролог, психиатр и психолог, занимался психотерапевтической практикой в Вене. После присоединения Австрии к нацистской Германии был вынужден эмигрировать в Лондон, где и умер от раковой опухоли лица.

З. Фрейд первоначально занимался научной работой в области анатомии и неврологии, проводил исследования с кокаином, но с 1895 года его стал интересовать гипноз как терапевтическое средство. Именно здесь он обратил внимание на то, что психика — понятие большего объема, чем сознание. Вскоре Фрейд разочаровывается в терапевтической эффективности гипноза и впервые (в 1896 г.) употребляет термин "психоанализ", под которым он подразумевает метод исследования бессознательного, являющийся одновременно и новым методом лечения неврозов. К 1905 году им вводятся понятия сознания, предсознания, бессознательного, цензуры между ними. Постепенно, к 1919 году психоанализ из метода лечения превращается в общепсихологическую теорию — учение о личности и ее развитии. Последующие годы жизни З. Фрейда посвятил философскому завершению своей концепции.

Основные работы: "Толкование сновидений" (1900), "Психопатология обыденной жизни" (1901), "Три очерка по теории сексуальности" (1905), "Тотем и Табу" (1913), "Лекции по введению в психоанализ" (1916), "По ту сторону принципа удовольствия" (1923) "Я и Оно" (1923), "Цивилизация и недовольные ею" (1930), "Очерки психоанализа" (1940) и другие.

Основные положения психоанализа

Психический детерминизм. В течение психических процессов не может быть перерывов и непоследовательности. Каждое новое психическое явление связано с предыдущим и им определяется. Иногда у человека возникают психические явления, которые "кажутся" ему возникшими без видимой причины (спонтанно) — оговорки, описки, произвольные действия или необычные образы сновидений. Эти случаи З. Фрейд подвергает анализу и приходит к выводу, что причина их находится в бессознательной сфере психики. Таким образом, существование бессознательных психических процессов им

предполагается на основании их следствий, которые чаще всего выражаются в кажущейся бессвязности некоторых сознательных психических явлений. Если эти бессознательные ("скрытые") связи обнаружатся, то кажущаяся бессвязность этим разрешается.

Уровни психики: сознание, предсознание и бессознательное. Эти три главных уровня психического всегда можно различить в целостной психике человека.

Сознание является относительно небольшой частью психики и включает лишь то, что мы сознаем в каждый данный момент времени. Определенное содержание осознается лишь на короткое время, а затем быстро погружается на уровни неосознаваемые по мере того, как внимание человека перемещается на другие объекты.

Предсознание формально является частью бессознательного, но его содержание легко становится осознаваемым. Это запасы доступной памяти, в которых постоянно нуждается сознание. В топографической модели личностной организации З. Фрейда предсознательное служит "мостом" между осознаваемыми и неосознаваемыми областями психического.

Бессознательное — основная часть психики, из которой произошло и формируется все в психике. Само оно состоит из двух групп элементов. Во-первых, это различные примитивные инстинктивные побуждения, которые никогда не были сознательными и осознанию вообще недоступны. Во-вторых, там находится материал (эмоции, воспоминания), который когда-то являлся содержанием сознания, но он как бы "забыт" и удален (вытеснен) из сознания особым личностно-защитным механизмом — цензурой, которая находится на границе между сознанием и бессознательным. Примерами того, что можно обнаружить в бессознательном, служат забытые детские психотравмы, скрытые враждебные чувства и подавленные сексуальные желания.

Цензура и сопротивление. Цензура выполняет не только функции вытеснения из сознания нежелательных его содержаний, но и недопущения (запрета) перехода в психическую систему "предсознание—сознание" всех других нежелательных для сознания бессознательных инстинктивных импульсов. Обычно из сознания в бессознательное вытесняются и не допускаются те переживания и импульсы, которые могли бы причинить моральные страдания человеку. Все вытесненное в бессознательное никуда не исчезает и длительно сохраняется, но к прямому воспоминанию оно не допускается, испытывая "сопротивление" со стороны цензуры.

Неосознанные переживания, в отличие от предсознательных, хотя и недоступны для осознания, но могут значительно влиять

на отдельные поступки и целостное поведение человека, так как они, как и бессознательные инстинктивные побуждения, обладают значительным "энергетическим потенциалом". Если они и появляются в сознании, то только косвенно (в "обход" цензуры) в замаскированной или символической форме. Например, в виде тех психических явлений, которые и кажутся нам возникшими беспричинно, или же они проявляются в продуктах фантазии и в сновидениях.

Вытесненные в бессознательное различные комплексы неприятных мыслей и чувствований могут служить источником длительного патогенного психического напряжения и тревоги, лежать в основе неврозов и других болезней человека. Как метод их лечения психоанализ использовался Фрейдом для поиска таких очагов скрытого бессознательного напряжения и их ликвидации через специальные техники осознания — "вспоминание".

Инстинкты — движущие силы личности.

Согласно теории Фрейда, мотивация человека полностью обусловлена энергией его телесных потребностей. Психические образы этих телесных потребностей выражаются в виде желаний. Потребность (физический аспект) в соединении с желанием (психический аспект) и является в понимании Фрейда инстинктом. Отсюда они очень многочисленны и их нельзя отождествлять с таковыми у животных, речь идет лишь об их эквивалентах у людей. Инстинкт—это именно те силы и напряжения, которые побуждают человека к тому или иному действию, направляют его к определенным целям.

Каждый инстинкт содержит четыре компонента: источник, цель, объект и стимул (импульс).

Источник инстинкта — состояние организма или потребность (типа голода или жажды), вызывающая это состояние. Источником может быть все тело или часть тела, где возникает потребность.

Цель инстинкта заключается в его удовлетворении, т.е. уменьшении до исходного как физического, так и психического его компонентов (принцип равновесия).

Объектом инстинкта являются не только различные предметы потребностей во внешней среде или что-то в собственном теле, но и сами действия, направленные к удовлетворению первоначальной цели. Объекты инстинкта обычно взаимозаменяемы: если один объект недостижим, то энергия инстинкта может быть направлена на другой объект ("смещение активности").

Стимул (импетус) представляет собой то количество силы, давления или напряжения (т.е. энергии), которое затрачивается на удовлетворение инстинкта. Этот первоначальный энергетический импульс

определяется выраженностью и настоятельностью физического аспекта инстинкта — потребности.

За любым психическим процессом или поведенческим актом стоят их источники — инстинкты с их потребностями и желаниями. Когда инстинкты не находят своего прямого и адекватного удовлетворения в конкретных объектах (мыслях или поведении), тогда у человека накапливается их энергия в виде внутренней напряженности и тревоги. Причина тревожности и напряжения может даже не осознаваться человеком, и это обычно связано с блокадой прямого выражения потребности механизмами цензуры и других внутриличностных "ограничителей" морально-этического плана.

Основные (обобщенные) инстинкты.

Потребностей и желаний, лежащих в основе поведения человека, очень много. Все это разнообразие конкретных инстинктов-побудителей З. Фрейд попытался свести к двум основным группам, введя понятие обобщенного инстинкта.

К первой группе он отнес все побудители, которые дают физическое удовлетворение организму и направлены на поддержание жизни, а также обеспечивающие размножение вида ("инстинкты жизни"), или обобщенно — сексуальный инстинкт (Эрос).

Вторая группа, напротив, объединяет все деструктивные побуждения ("инстинкты смерти"); обобщенно — агрессивный инстинкт (Танатос). Он лежит в основе всех проявлений жестокости, агрессии и самоубийств.

З. Фрейд группу инстинктов смерти считал так же биологически обусловленной и такой же важной в регуляции поведения, как и инстинкты жизни. Согласно принципу энтропии (закон термодинамики), любая энергетическая система стремится к сохранению динамического равновесия. Отсюда и вера З. Фрейда в то, что и живые существа, как энергетические системы, стремятся вернуться в то неопределенное состояние, из которого они вышли. Ссылаясь на Шопенгауэра, Фрейд утверждает, что "целью жизни является смерть". Этот бессознательный фундаментальный антагонизм основных обобщенных инстинктов малозаметен в повседневной психической жизни человека, т.к. любые формы поведения индуцируются одновременным действием инстинктов обеих групп.

Либи́до и агрессивная энергия.

Психоаналитическая теория основывается на представлении, что человек является сложной энергетической системой и все его составляющие, в том числе и психическое, подчиняются фундаментальному закону сохранения и превращения энергии. З. Фрейд выдвигает гипотетическое предположение о наличии некой "психической энергии" как разновидности энергии физиологической. Последняя, как известно, используется для работы

мышц и органов тела. Именно бессознательное является местом взаимодействия психики с физиологическими процессами, из которых черпается и формируется энергия, идущая на обеспечение психической деятельности, а инстинкты являются своеобразными "каналами", по которым эта энергия протекает.

Каждый из обобщенных инстинктов имеет свой, независимый от другого источник энергии. Энергия, которая доступна "инстинктам жизни", названа *либидо* (сексуальное влечение), а энергия агрессивного инстинкта у Фрейда не получила специального названия, но предполагается, что она имеет те же свойства, что и либидо.

Энергию танато-инстинкта, в противовес сексуальному влечению, иногда называют влечением к смерти. Однако между обеими этими инстинктами-влечениями имеется определенная, хотя и сложная, связь. Ее можно уже уловить в выделенном З. Фрейдом эдиповом комплексе — ревность к родителю своего пола может выражаться в желании его смерти, а в конечном итоге — и к собственной.

Динамизмы. Запасы психической энергии, так же как и физиологические резервы, у человека не безграничны. Энергия количественно измерима и подвижна. Фрейд предположил наличие особых механизмов энергетических перемещений в психике, которые называл *динамизмами*.

Катексис. Практически любой поведенческий процесс может быть рассмотрен с точки зрения двух взаимосвязанных энергетических процессов: привязки, или направления энергии на объект (катексис), и препятствия, мешающего удовлетворению инстинкта (антика-тексис).

Примерами катексиса являются эмоциональная привязанность к другому человеку (перенос на него энергии) или увлеченность идеями, идеалами. Антикатексис в психоаналитической системе мотивации проявляется во внешних и внутренних барьерах, препятствующих немедленному удовлетворению инстинктивных потребностей.

Гиперкатексис. Катексис — наиболее универсальный динамизм, посредством которого психическая энергия перемещается ("привязывается") к различным психическим явлениям (мыслям, чувствам или деятельности). Перемещенная туда энергия далее уже не может использоваться для других текущих потребностей, и общего резерва психической энергии, соответственно, становится меньше. Ряд состояний патологической сосредоточенности человека на каких-либо переживаниях и мыслях с потерей интереса к обычным, повседневным делам, что часто бывает при реактивных (психогенных) депрессиях или меланхолическом настроении вследствие

каких либо утрат (смерть близких, финансовый крах), может объясняться гиперкатексисом либидо в область утраченного.

При любой психоаналитической личностной коррекции всегда стремятся найти и высвободить гиперкатексированную энергию с целью ее более оптимального перераспределения. Аналогичные представления о рациональной "канализации" психической энергии существуют и в ряде других концепций личности (Роджерс К., Мас-лоу А.), а также в буддизме и суфизме.

Сублимация — другой психический динамизм, посредством которого первоначальная энергия обобщенных инстинктов перемещается на приемлемые для личности и общества цели — творческую, религиозную, политическую или иную культурно и социально значимую деятельность. Сублимацию иногда называют механизмом "успешной личностной защиты", т.к. она подобна отводным каналам, которые в социально приемлемой форме нейтрализуют излишки энергии сексуального и агрессивного инстинктов (художник в искусстве сублимирует сексуальные импульсы, политическая активность — сублимированная агрессия). В медицинской практике механизмы сублимации широко используются в психотерапии творческим самовыражением.

Конверсия — психический динамизм, посредством которого энергия какого-либо психического содержания (внутриличностного конфликта) смещается в соматическую сферу и способствует возникновению и сохранению определенных болезненных симптомов. Эти симптомы никак не связаны с какими-либо деструктивно-органическими или патологическими физиологическими процессами в организме и имеют психологическое происхождение они есть символическое телесное выражение вытесненных психических представлений и переживаний.

Наиболее часто конверсионные симптомы встречаются в клинике истерии. В ряде случаев они представляют большую диагностическую проблему, т.к. успешно имитируют многие соматические и неврологические заболевания. Обычно проявляются в чувствительной сфере (симптомы анестезии или локальные боли, утрата обоняния, вкуса, зрения или слуха), а также в моторной сфере (парезы и параличи конечностей).

Диссоциация — динамизм, который в психоаналитическом понимании приводит к "автономизации", т.е. своеобразному энергетическому отделению (отщеплению) и самостоятельному функционированию каких-либо аспектов целостной психики, что в итоге приводит к ее диссоциации (расщеплению). В клинике (чаще при истерии) это проявляется диссоциативными симптомами—различ-

ными двигательными нарушениями типа произвольных реакции бегства (трансы и фуги), истерических припадков, гиперкинезов, а также по механизмам диссоциации возникают психогенные амнезии и ряд галлюцинаторно-бредовых эпизодов. В литературе описаны случаи полной личностной диссоциации, когда один и тот же человек, сам об этом не подозревая, попеременно демонстрировал наличие в себе двух и более совершенно разных личностных типа — множественная, альтернирующая личность.

В некоторых северных районах России еще с начала 17 века известны культурально обусловленные эндемические очаги особых истерических диссоциативных расстройств с синдромом одержимости — "икотка". Больные женщины суеверно полагают, что икотка — существо материальное и, проникнув или будучи "посажена" путем "сглаза" в организм, она начинает "хозяйничать" в нем, приступообразно создавая различные боли или неукротимую зевоту ("немая" форма икоты). Иногда это существо "захватывает" голосовой аппарат, "заставляя" носительницу икоты издавать разные звуки ("ревушая" икота) или выкрикивать слова и целые фразы ("говорящая" икота). Сосуществование "икотки" и ее носительницы продолжается иногда годами. Так, одна больная рассказывает, что у нее целых три икоты: "Одна не любит масла, вторая — сахара, а третья любит спирт. Совершенно измучилась, не знаю, как угодить им" (наблюдение Медведевой В.В., 1979).

Структура личности

В структуре личности Фрейд предполагает наличие трех систем, которые он обозначил терминами: Id ("Оно", бессознательное), Ego ("Я", сознание) и Superego ("Сверх-Я", сверхсознание). Поведение человека определяется взаимодействием этих систем, и все психические процессы связаны между собой как по вертикали, так и по горизонтали.

Id — является первоначальной системой личности, содержит инстинкты с их энергией не только для себя, но и для других систем. Из Id дифференцируется Ego, а далее Ego формирует Superego. Id не содержит информации об актуальном внешнем мире и представляет собой только внутренний мир субъективного опыта, в силу чего оно иррационально. Ego так называемые первичные психические процессы направлены к достижению удовольствия и избеганию боли. Увеличения количества энергии, которая воспринимается как дискомфортное состояние напряжения, Id не переносит и стремится разрядить напряжение, вернув организм в состояние низкого уровня энергии. Этот механизм уменьшения энергетического напряжения Фрейдом обозначен как *принцип наслаждения*.

Наслаждение может достигаться двумя процессами: рефлекторным (чихание, моргание) и так называемым *первичным психическим процессом*, который предполагает формирование образа предмета, который может устранить напряжение. Например, у голодного человека первичный процесс формирует образ пищи. Сновидение, фантазия или галлюцинации, которые отражают желания, также формируются первичными процессами. Образ "предмета в себе" является единственной реальностью, известной Id. Однако Id не может сам уменьшить напряжение, и поэтому развиваются вторичные процессы и формируется Ego.

Ego — получает энергию от подсознания, но находится в контакте с внешним миром. Ego рационально, подчиняется *принципу реальности* и управляется *вторичными психическими процессами* (реальное восприятие, логическое мышление и так далее). Ego должно стараться совместить требования Id, Superego и внешнего мира, а также заботится о самосохранении.

По отношению к внешним событиям Ego осознает их и накапливает в памяти соответствующий опыт: избегает опасных (бегство), приспосабливается к умеренным (адаптация) стимулам или научается изменять внешнюю среду себе на пользу (деятельность). По отношению к внутренним событиям Ego выполняет свою задачу, обретая контроль над требованиями инстинктов со стороны Id, путем откладывания их реализации до благоприятных обстоятельств во внешнем мире. Таким образом, Id реагирует на потребности, а Ego — на возможности.

Superego — внутреннее сосредоточение традиционных общественных норм и ценностей в том виде, в каком они были преподнесены личности и усилены системой поощрений и наказаний в детском возрасте (процесс личностной социализации). Superego, являясь нравственным началом личности, стремится к совершенству, а не наслаждению. Отличает правильное поведение от неправильного, поощряет за первое и наказывает за второе. Является судьей, цензором мыслей и деятельности, подавляет инстинкты, но плохо отличает субъективное от объективного, иррационально. З. Фрейд указывает на три главные функции Superego — совесть, самонаблюдение и формирование Ego-идеалов.

Superego — социальное начало личности, но оно сходно с Id своей иррациональностью в попытках переделать мир по своему образцу. Оно судит и ограничивает сознательную деятельность, причем значительная часть запретов человеком даже не осознается. Бессознательные ограничения косвенны и выступают как принуждения: "пациент... ведет себя так, как будто он одержим чувством вины, о

которой он ничего не знает". В отличие от Его, которое способно лишь отложить удовлетворение желания, Superego способно блокировать его навсегда.

Superego в действительности моделируется не по модели поведения родителей, а по модели их Superego, которое родители также получили в раннем детстве. Таким образом, Superego выступает носителем и механизмом передачи из поколения в поколение общественных традиций и ценностей, выступая своеобразным механизмом "социального наследования".

Взаимодействие личностных структур. Все три системы личности борются за запас психической энергии. Переход энергии из Id в Его и Superego осуществляется благодаря *механизмам отождествления* их с объектом инстинкта. Эти механизмы отождествления формируются с раннего возраста, т.к. важны и для личностного развития. Ребенок берет черты другого человека и делает их составной частью своей личности. Образцом для подражания выбираются те, кому обычно везет в удовлетворении своих потребностей. Моделируя поведение по образцу, ребенок учится ослаблять свое собственное напряжение и тревогу.

Тревога всегда индуцируется ожидаемым возрастанием напряжения или неудовольствия, поэтому ликвидация ее является важной личностной проблемой. Источники тревоги и страха чаще находятся во внешней среде (реальный страх, реалистическая тревога), но человек может испытывать тревогу за возможность утраты контроля над своими бессознательными инстинктами, а это приведет к наказанию со стороны общества (невротический страх и тревога) или со стороны Superego — совестью (страхи нравственного порядка, моральная тревога).

Страх и тревога заставляют личность предпринимать что-либо для защиты от них: избегать опасной зоны в реальном мире, подавлять опасный инстинктивный импульс или подчиняться голосу совести. Страх, с которым нельзя справиться, травматичен. Прототипом всех страхов является родовая травма.

Защитные механизмы Его (термин впервые введен З. Фрейдом в работе "Защитные механизмы" в 1894 году). В тех случаях, когда Его не может справиться с тревогой и страхом, оно прибегает к механизмам своеобразного искажения восприятия человеком реальной действительности. Защитные психологические механизмы являются по существу способами искажения реальности (самообмана): Его защищает личность от угрозы, искажая суть самой угрозы. Все механизмы психологической защиты искажают реальность с целью сохранения психического здоровья и целостности личности. Они

формируются первоначально в межличностных отношениях, затем становятся внутренними характеристиками человека, т.е. в индивидуальном опыте происходит научение тем или иным защитным формам поведения. Следует заметить, что человек часто применяет не одну защитную стратегию для разрешения конфликта или ослабления тревоги, а сразу несколько.

Основные признаки механизмов психологической защиты: импульсивность (механизмы психологической защиты не зависят от воли), искажение реальности, отсутствие осознания субъектом защитных форм поведения.

Основные функции механизмов психологической защиты: сохранение личностной целостности (психического здоровья, определенного "Я"-образа), регуляция межличностных отношений. Одной из ситуаций, в которых активизируются механизмы защиты, является фрустрация.

Вытеснение (репрессия, подавление) — процесс перемещения из сознания в бессознательное нежелательных и вызывающих напряженность мыслей, чувств или намерений к действию. Вытесненное сохраняет всю свою энергию, стремится вернуться в сознание. Но проникновение его в сознание вызывает страх, чувство вины и муки совести. Для функционирования сопротивления со стороны цензуры также требуется постоянный расход энергии. Символика сновидений и вся теория неврозов Фрейда связаны с динамикой вытеснения — сопротивления.

Отрицание реальности — это попытка не принимать в качестве реальности событие, которое беспокоит и нежелательно для Его. Иногда это проявляется "бегством" от реальности в грезы и фантазирование — человеку хочется, чтобы определенные жизненные события были не таковы, как они есть на самом деле. Отрицание отвлекает субъекта от болезненных идей и чувств, но не делает их абсолютно недоступными для сознания.

Формирование реакции — преувеличение одного эмоционального аспекта ситуации, чтобы с его помощью подавить противоположную эмоцию.

Рационализация (интеллектуализация) — псевдоразумный прием нахождения приемлемых причин и объяснений для неприемлемых мыслей и действий. Это основанный на фактах, излишне "умственный" способ переживания конфликтов. Таким образом человеком часто блокируется осознание мотивов своих поступков, которые выступают как социально неодобряемые (например, эгоистические) или индивидуально нежелательные, так как расходятся с Я-концепцией. Рационализация является своеобразным способом

принятия "давления" Superego, она скрывает наши мотивы и делает наши действия морально приемлемыми. Обычно изобретаются какие-либо объяснения для своих провалов или неудач, которые в действительности основаны на других причинах.

Реактивные образования — этот механизм подменяет поведение или чувство таким, которое диаметрально противоположно действительному желанию; это явная и обычно бессознательная инверсия желания. Главная характеристика, по которой можно узнать реактивные образования, — преувеличения, ригидность, экстравагантность. В повседневной жизни это чаще преувеличенная любовь.

Проекция — механизм, посредством которого происходит приписывание окружающим своих свойств, неприемлемых для личности, т.е. собственные аспекты личности перемещаются (вытесняются) на внешнее окружение. Мы не видим в себе того, что кажется ярким и очевидным в других.

Существуют различные типы проекций: комплементарная (приписывание другому того состояния, которое отсутствует у субъекта, но дополнительно к состоянию субъекта — например, при чувстве ревности другому приписывается измена), атрибутивная (наивное суждение при недостатке знаний — "другие такие же, как мы"), Панглосс—Кассандра (Панглосс — герой повести Вольтера, видел мир через розовые очки, Кассандра предвещала гибель Трои, проецировала на внешний мир ощущение гибельности. Здесь другому человеку приписывается противоположное тому, что чувствует субъект. Например, приписываю другому ненависть ко мне, а сам чувствую к нему любовь — Панглосс или, наоборот, Кассандра).

Идентификация — механизм защиты от угрожаемого путем уподобления (идентификации) ему. Идентификация противоположна проекции. В широком смысле — это идеалы.

Изоляция — механизм отделения психотравмирующей ситуации от связанных с ней душевных переживаний (отделение "аффекта от интеллекта"). Здесь все неприятности начинают восприниматься человеком как бы происходящими не с ним самим: само событие остается, а сопровождающая его эмоция утрачена. Изоляция ситуации от собственного Его особенно ярко и непосредственно проявляется у детей в игре: взяв в руки игрушечную зверюшку ребенок "позволяет ей" говорить и делать все, что запрещают ему самому родители. В психиатрии некоторые синдромы деперсонализации сходны с действием данного механизма.

Регрессия — механизм перевода поведения (мышления и всей психики) на более ранние, детские ступени развития. В психиатрии

особенно ярко регрессия проявляется в синдроме пугливости (детскости) при реактивных психозах. При детских неврозах исчезновение навыков самообслуживания, уже после того как они появились, часто является проявлением психогенной регрессии. Даже у здоровых взрослых людей при эмоциональном прессинге время от времени можно заметить признаки регрессии. Например, студент в напряженной ситуации экзамена "забывает" достаточно хорошо ему знакомый способ решения задачи. По мнению Фрейда, алкоголизация и курение — это признаки регрессии на более раннюю, "оральную", стадию психосексуального развития (или задержка, "фиксация" на ней).

Замещение — проявления инстинктивного импульса переадресовываются от более грозного объекта или личности к менее угрожаемому. Например, наказанный родителями ребенок толкает свою младшую сестру или ломает ее игрушку. Реже объектом замещения является сам человек: враждебность против других переадресовывается на самого себя.

В ряде случаев отдельно выделяется такой защитный механизм, как *соматизация*, т.е. "уход в болезнь" (см. также — конверсия). Так, например, в одном из романов О. Хаксли главный герой страдает бронхиальной астмой. Он женат на молодой, красивой женщине. Как только жена уезжает куда-нибудь из дома, у мужа возникают приступы удушья, и ей приходится возвращаться. В одной из поездок женщина погибает, но муж к удивлению всех домочадцев не дает обычного приступа астмы. Через некоторое время он женится, приступы удушья вновь возникают при отъездах жены.

Развитие личности: психосексуальные стадии

В формировании личности Фрейд особое внимание уделял младенческому и раннему детскому возрасту, полагая, что личность формируется почти целиком к концу пятого года жизни. Личностное развитие возникает в ответ на источники напряжения — физиологические процессы роста, несбывшиеся надежды, конфликты, угрозы. Следствием напряжения является то, что личности приходится учиться новым методам уменьшения напряжения и тревоги. Овладение этими новыми методами — суть развития личности. Среди основных методов снижения напряжения и тревоги Фрейд называет отождествление и замещение.

Отождествление — первоначально ребенок отождествляет себя с родителями, а затем и с другими людьми, вымышленными персонажами, с животными, абстрактными идеями. Он выбирает из них те черты, которые помогут в достижении целей с меньшими тре-

вогами и напряжением. Окончательная структура личности — результат многих отождествлений.

Замещение (вариант вытеснения) — более совершенный способ ослабления напряжения, чем отождествление. При возникновении каких-либо преград на пути к истинному объекту инстинкта ребенок должен научиться формировать его эквивалент-заместитель (субститут). Если и он недоступен, то формируется новый, и так до тех пор, пока не будет найден такой, который обеспечит разрядку напряжения.

Субститут редко может ослабить напряжение так, как это делает объект инстинкта. В результате образуется запас нереализованной энергии, которая служит своеобразной "силой личности". По мнению Фрейда, развитие цивилизации стало возможным после запрета инстинктивного выбора объектов и направления излишней энергии в социально приемлемое русло. Такое вытеснение, которое приносит более ценное достижение, и называется сублимацией (рассматривается часто и как защитный механизм личности). Сублимация не всегда может полностью снять напряженность, и поэтому оставшиеся запасы энергии могут "разряжаться" и в виде невротических симптомов.

В конструировании Superego большую роль в историческом развитии человечества, по мнению Фрейда, играло постепенное формирование моральных заповедей, особенно запрета на инцест (близкородственная сексуальная связь). Беспорядочная половая жизнь (промискуитет), в том числе и инцест, были свойственны стадному образу жизни пред-людей. Возникновению будущей сексуальной морали предшествовало появление первых запретов на половые отношения накануне охоты или другой совместной деятельности, которая была крайне важна для выживания общины. Половые охотничьи и хозяйственные табу обычно не распространялись на соседние общины, что провоцировало к "половым набегам" на них, приобретавших постепенно форму первого в человеческой истории брака—межобщинного. Далее, как известно, возникает матриархат, а позднее — патриархат и вся сложная современная система половой морали.

Фрейд высказал предположение, что морально-общественные запреты на инцест "вытеснили" инцестуозные сексуальные комплексы из сознания людей в бессознательную сферу души. Они, обладая значительной энергией, послужили в последующем основой для развития цивилизации в целом — "энергетическая сублимация".

Психосексуальные стадии развития. По мнению Фрейда, личность в своем развитии в первые годы проходит ряд стадий. Каждая стадия личностного развития первых 5 лет жизни (высокая активность движущих сил развития) определяется в терминах реакций

определенных участков тела (их стимуляция приводит к разрядке энергии либидо): оральная (0-18 месяцев), анальная (1,5-3 года), фаллическая (до 3-6 лет). Далее следует стабилизация — латентный (скрытый) период (от 6 до 12 лет), который прерывается повторной активизацией движущих сил развития личности в 12-18 лет — гени-тальная стадия с незрелой (гомосексуальная фаза) и зрелой (гетеросексуальная фаза) сексуальностью.

По Фрейду, главным фактором развития человека является сексуальный инстинкт, прогрессирующий от одного участка тела к другому, которые функционируют как локусы выражения побуждений либидо (его эрогенные зоны). Социальный опыт привносит в каждую стадию определенный долговременный вклад в виде приобретенных установок, ценностей и черт характера.

Оральная стадия — объектом либидо является пища, процесс удержания и кусания ее. Потребность в питании является первой и основной потребностью младенца, поэтому большая часть либиди-озной энергии катексирована в область рта. По мнению Фрейда, основные оральные функции являются прототипом таких черт зрелой личности, как легковерие или стремление к обладанию имуществом, знаниями (приобретательство — функция удержания), а также страстностью к спорам, сарказму (агрессивность — функция кусания).

Во время кормления ребенка обычно утешают лаской, покачивают. Все эти побочные ритуалы помогают снять напряжение, так как ассоциируются с процессом кормления. Некоторые разновидности стереотипных движений во сне или днем у детей с позиций психоанализа расцениваются как регресс или фиксация (задержка) на оральной стадии психосексуального развития. Такие "оральные привычки" взрослого человека, как курение, грызение ногтей, навязчивое облизывание губ и другие являются также проявлениями этой фиксации. Оптимальное протекание оральной стадии существенно зависит от матери, поэтому ею могут "закладываться" такие личностные черты взрослого, как зависимость от своего окружения (крайнее ее проявление — желание "вернуться в маму"). Оптимизм-пессимизм, доверчивость-недоверчивость и другие подобные личностные проявления также являются производными оральной стадии.

Анальная стадия — объект либидо — область прямой кишки. В результате выталкивания фекалий обычно возникает чувство физического облегчения. На втором году жизни ребенка приучают регулировать функции кишечника, и он "научается" откладывать это "удовольствие" до подходящего периода. Увеличение самоконтроля связано и с пониманием того, что такой контроль может быть дополнительным источником наслаждения. Кроме того, дети быстро на-

чинают понимать, что увеличение самоконтроля приносит им похвалу и одобрение родителей, а значит позволяет требовать дополнительного внимания как к своим "успехам", так и к "неудачам" в туалетном поведении.

Отношение взрослых к "туалетному" воспитанию может, как полагает Фрейд, определять некоторые черты будущего характера и личностные ценности человека. Если мать строга и наказывает, то ребенок может приучиться удерживать фекалии, развиваются запоры, а в характере появится склонность к собиранию и удерживанию — человеку трудно "расставаться" с вещами и идеями (скупость, упрямство, сверхчистоплотность и педантизм). Наказания, напротив, могут из-за чувства гнева ребенка приводить к опорожнению кишечника в неудобное время, а в характере — это эквиваленты импульсивности, раздражительности, жестокости и неорганизованности. Все личностные проявления взрослых, вытекающие из этой стадии, в психоанализе часто объединяют под названием "анальный характер".

Анальная стадия для ребенка полна противоречий: с одной стороны, мать хвалит его за "правильное" поведение, а с другой — внушает, что "туалетное" поведение "грязное", и его надо держать в секрете от окружающих. Ни одна сфера современной жизни не наполнена такими ограничениями и табу, как "туалетное" поведение человека.

Фаллическая стадия — осознание половых различий и сосредоточенность на гениталиях. Ребенок "замечает", что у одних людей имеется фаллос, а других таковой отсутствует. По наблюдениям Фрейда, именно в этот период отмечаются особые привязанности ребенка к родителю противоположного пола. Если ранее и мальчик, и девочка любят мать и одинаково соперничают с отцом за нее, то здесь эти чувства меняются: усиливаются у мальчика и ослабевают у девочки.

Удовольствие от фантазий подготавливает формирование *Эдипова комплекса* у мальчиков, а у девочек — *комплекса Электры*. В психоаналитической теории эти два главных инцестуозных комплекса играют особо важную роль в детской сексуальности. Они обозначены именами героев известных древнегреческих трагедий: у мальчиков — "мужской комплекс Эдипа" (Фрейд) как неосознанные сексуальные побуждения к матери, которые сочетаются с неосознанной агрессией к отцу как сексуальному сопернику, а у девочек — "комплекс Электры" (Юнг) как неосознанное стремление к инцесту с отцом, сочетающееся с агрессией к матери (женский Эдипов комплекс).

У гомосексуальных лиц инцестуозные комплексы соответствуют полу, но "обратные", т.е. существуют "прямой" (позитивный) и "обратный" (негативный) комплекс Эдипа, равно как и аналогичные комплексы Электры. В реальности между позитивной и негативной формами нет строгих границ. В той или иной степени обе эти формы образуют Эдипов комплекс в своем завершенном виде.

Фиксация на фаллической стадии у взрослых мужчин проявляется в дерзости, хвастливости, необдуманности поступков. Фаллические типы всегда стремятся добиваться успеха, постоянно доказывают свою мужественность и половую зрелость. У женщин это проявляется в склонности обольщать, флиртовать или в "борьбе" за главенство над мужчинами.

В возрасте от 5 до 7 лет комплексы Эдипа и Электры разрешаются (вытесняются из сознания) за счет идентификации с родителем одноименного пола. Неразрешенные проблемы комплексов могут лежать в основе последующих невротических моделей поведения, импотенции и фригидности.

В психоаналитической теории стадия Эдипова комплекса с необходимостью возникает в возрасте 3-5 лет как фаза развития сексуального инстинкта. Этот бессознательный внутренний конфликт должен разрешиться в подростковом возрасте путем идентификации с родителем одного с ребенком пола и *трансформацией Эдипова комплекса в Superego*. Происходит своеобразное воплощение (интроекция) в Superego образа сурового родителя; чем сильнее был Эдипов комплекс и чем быстрее произошло его вытеснение (под влиянием авторитета, религии, обучения), тем строже "Сверх-Я". Причиной многих невротических состояний в зрелом возрасте Фрейд считал то, что Эдипов комплекс не был изжит, а только вытеснен в бессознательное в детстве.

Пути разрешения сформировавшегося комплекса различны у детей противоположного пола. У мальчиков боязнь отца (страх "кастрации") способствует подавлению сексуального чувства к матери и подавлению агрессии к отцу, а в последующем — к привязанности к нему через механизмы идентификации. Это амбивалентное отношение мальчика к отцу иногда обозначают "отцовским комплексом".

У девочек перенос любви на отца связан со своеобразным "мщением" матери, т.к. она представляется "виновницей" отсутствия фаллоса у девочки. К чувству любви по отношению к отцу у девочек примешивается "зависть к пенису", так как она считает себя неполноценной в этом плане ("комплекс кастрации"). У девочек подавление желаний стоит менее остро, чем у мальчиков, что обуславливает различия в их Superego, а значит и различия в сексуальности. Фрейд считает, что формирование женского характера заметно зависит от особенностей трансформации

комплекса кастрации. Отсюда возможны три линии развития. Одна ведет к сексуальным запретам и неврозу, другая — к модификации характера в сторону маскулинизации, а третий, оптимальный путь — к разрешению комплекса и нормальной женственности с желанием иметь ребенка.

Латентный период — ослабление сексуальной напряженности (угасание Эдипова комплекса) с переключением на учебу, спорт, увлечения. Формируются структуры Superego, и возникают такие отношения, как стыд, совесть, мораль и прочие, которые призваны противостоять "бурям" периода полового созревания.

Генитальная стадия — связана с периодом полового созревания. Если на предыдущих этапах психосексуального развития главным источником удовлетворения либидо было собственное тело — период аутоэротизма (нарциссизма), то в генитальной стадии либидо направляется на других людей. Первоначально — на лиц одноименного пола (незрелая генитальная стадия, гомосексуальный период), а затем и на противоположный пол — зрелая сексуальность (гетеросексуальный период).

В психоанализе термин "нарциссизм" употребляется двояко: как сексуальное извращение, при котором собственное тело является источником наслаждения (в мифологии сын водяного царя Нарцисс умер от любви к своему отражению в озере), и как любая форма себялюбия, производная от детского периода аутоэротизма (более широкое понимание термина).

Генитальный характер — это идеальный тип личности в психоаналитической трактовке. Это зрелый в социальном и сексуальном планах человек. Он испытывает удовлетворение от гетеросексуальной любви.

**К. Юнг (JUNG C): АНАЛИТИЧЕСКАЯ
ПСИХОЛОГИЯ**

Швейцарский психиатр и психолог Карл Густав Юнг (1875-1961) был одним из первых учеников Фрейда, отмежевавшихся от своего учителя. Юнг не мог полностью принять фрейдовский пансексуализм, а Фрейд отрицательно относился к юнговскому пониманию мифологии и оккультных феноменов. Собственный психотерапевтический опыт и хорошее знание восточной философии позволило Юнгу заметить, что душевнобольные и невротики часто до деталей "повторяют мифы, космогонии и примитивные научные представления древних и древнейших народов".

По его мнению, для понимания нормы и патологии личности необходимо привлекать данные культуры, духовной истории человечества, в которую включен и которую интериоризирует индивид. Юнг также, в отличие от Фрейда, признает существование, кроме личного, еще и так называемого **коллективного бессознательного** (теория архетипов).

Юнг известен и как создатель интересной классификации типологии личностей. В ее основе лежат признаки, указывающие на личностные различия по преимущественной направленности интересов человека на внешний (экстраверты) или внутренний (интроверты) мир.

Основные работы: "Психологические типы" (1921), "Аналитическая психология: теория и практика" (1968), "Архетип и символ" (1991).

Основные положения теории личности. По К. Юнгу, психика человека включает три уровня: сознание, личное и коллективное бессознательное. Определяющая роль в структуре личности отводится коллективному бессознательному, которое имеет врожденный характер и образуется из следов памяти, оставленных всем прошлым человечества. Коллективное бессознательное проявляется у отдельных людей в виде **архетипов** ("первичная модель", прообраз) — общих для всех людей направления идей, обобщенного опыта предков. Это не воспоминания или образы как таковые, а предрасполагающие факторы, под влиянием которых люди реализуют в своем поведении некие универсальные стереотипы восприятия, мышления и действия в ответ на определенные события.

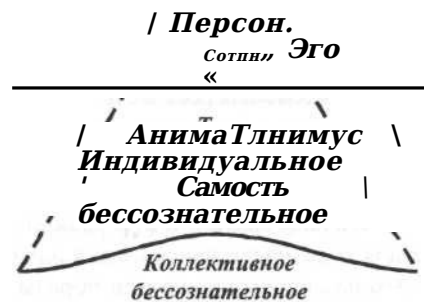
Мозг унаследован нами от предков и является своеобразным органическим результатом психических и нервных функций всех наших предшественников. В нем имеются следы, отпечатки основных путей, по которым издавна образовывались чувства и мысли всего человечества. При рождении, естественно, нет никаких врожденных представлений, но мозг ребенка имеет генетически закрепленную возможность определенным образом функционировать и развиваться. Архетип как таковой отличается от его переработанных форм — от сказок, мифов и т.д. Архетип, как полагает Юнг, — это отпечаток, форма без собственного содержания, которая определенным образом организует и направляет психические процессы. Его можно сравнить с руслом реки без воды, но если там потечет вода (психические процессы), то она направляется определенным образом и принимает форму русла.

Архетипы обнаруживаются у людей не только в сновидениях, но и в реальном творчестве. Они выступают как обобщенные образы опыта

предков (герои народных сказок, мифы, фольклор, обряды, традиции) **и** в виде символов (крест, шестиконечная звезда Давида, буддийское "колесо жизни" и тому подобное).

Количество архетипов в коллективном бессознательном неограниченно. Первичные образы (архетип "матери", "героя", "дитя", "вражды братьев" и т.п.), трансформируясь в мотивы, заставляют человека вести себя в определенных ситуациях так, как это свойственно представителям всех культур. Главными архетипами являются собирательные образы матери и отца, а также архетип "Я" (Self).

Л



Структура личности по Юнгу

В структуре личности Юнг выделяет Сознание, Индивидуальное бессознательное и Коллективное бессознательное. **В структуре сознания** — два слоя: "Я для других" (Персона) и "собственно Я" (Его).

Персона — самый поверхностный слой-маска в структуре сознания (архетип конформности). Она включает социальные роли, посредством которых человек представляет себя другим людям и обществу. Это наше публичное лицо. Здесь важное значение придается анализу различного рода символов покрытия себя (одежда), рода занятий (орудия труда, портфель) или социального статуса (автомобиль, дом, диплом). Все эти символы могут проявляться в сновидениях. Например, человек со "слабой" персоной может видеть во сне себя без одежды и даже без кожи. Социальные роли могут как подавлять индивидуальность, так и способствовать ее развитию.

Однако основную роль в сознательной жизни человека играет не Персона, а более глубокие слои сознания — *Ego*. Являясь одним из основных архетипов личности, Его создает ощущение осознанной связанности и непрерывности течения мыслей, чувств и действий. Хотя Его и возникает из бессознательного, но имеет только сознательное содержание, которое образовалось из личного опыта.

Индивидуальное бессознательное складывается из переживаний, бывших когда-то осознанными, а затем забытых и вытесненных из сознания. Оно включает в себя "Тень", "Аниму и Анимус", а также "Самость".

Тень — это то, что человек считает низким и аморальным в себе, в своей личности. Как Его является центром сознания, так и тень является центром индивидуального бессознательного. Юнг понимает тень, в отличие от Фрейда, не как разрозненный вытесненный в бессознательное материал сознания, а как своеобразное целое — негативное Я. Тень часто переживается в снах как темная, примитивная, враждебная и отталкивающая фигура. Юнг предупреждает, что нужно почаще "вглядываться в себя", т.к. свою тень опасно не признавать. Она, являясь составной частью личности, подчеркивает присущую человеку амбивалентность: робкий в своем бессознательном храбр, храбрый — робок, добрый — зол, а злой — добрый. Тень своими корнями уходит в коллективное бессознательное и поэтому может дать ценный материал для Его.

Анима (у мужчин) и *Анимус* (у женщин) — это вытесненные из сознания нежелательные представления о себе как о мужчине или женщине. Таким образом, Анима — женское начало в мужчине, а Анимус — мужское начало в женщине. Юнг полагает, что эти образы являются собирательными бессознательными образами (архетипами) женщины или мужчины как таковых и оказывают влияние на выбор супругов, проявляются в сновидениях и фантазиях. Мать для мальчика и отец для девочки оказывают значительное влияние на развитие Анимы и Анимуса.

Центральным архетипом индивидуального бессознательного является "*Самость*" (Self). Самость — это внутренний руководящий фактор целостной личности, некая "идеальная личность". Юнг убежден, что сознание и бессознательное не противостоят, а дополняют друг друга. Их динамическое равновесие, примирение полярностей и есть целостная личность, объединенная самостью. Развитие самости — главная цель жизни человека, однако большинству людей их самость не знакома, она у них не развита, и они считают центром

2*

личности Его. Архетип самости не реализуется до тех пор, пока не наступит гармонизация всех аспектов души, а к этому можно прийти не ранее среднего возраста. Однако развитие самости не означает растворение и исчезновение Его. Оно продолжает оставаться центром сознания, но уже понимается в связке с самостью, объединяющей сознательные и бессознательные психические процессы. Самость часто символизируется в снах или образах безлично — как точка, круг или божество. Процесс установления связей между Его и Самостью — это процесс развития человека, его индивидуализации и самореализации.

Нарушения в динамическом равновесии сознания и бессознательного проявляются неврозами. Аналитическая терапия направлена на оптимизацию взаимодействия сознания и бессознательного. Устранение отдельного симптома болезни к выздоровлению не приводит, т.к., убрав один симптом, взамен получаем новые. Их первопричина — эмоциональный "комплекс", и он должен являться мишенью для лечебного воздействия. Чтобы корректировать "комплекс", необходимо "извлечь" его из бессознательного, переосознать его и изменить эмоциональный знак — поменять направление аффекта. Психологическая коррекция эффективна, если происходит одновременно коррекция как "тени", так и "персоны".

А. АДЛЕР (ADLER A.): ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Альфред Адлер (1870-1937) был вторым учеником З. Фрейда, отошедшим от своего учителя. Адлер не принял фрейдовской концепции либидо, пансексуализма, выступал против расчленения личности на три инстанции и детерминации ее развития биологическими потребностями. Им предпринята первая попытка так называемой "социологизации" учения Фрейда.

Адлер полагает, что основной детерминантой в развитии личности является "воля к власти", которая с рождения присутствует в человеке. Представления Ч. Дарвина о борьбе за превосходство как о средстве выживания сначала полностью было принято Адлером. Однако позднее идее о выживании наиболее приспособленных и гибели неприспособленных Адлер противопоставляет мысль о том, что физическая и психическая (характерологическая) неполноценность, наоборот, нередко является стимулирующим, способствующим победе в борьбе за выживание фактором.

Человек стремится найти способы для преодоления чувства неполноценности и прибегает к разным видам компенсаций. Именно

из чувства слабости и неполноценности ребенка по отношению к миру взрослых развивается специфический для каждого человека стиль жизни. Чувство неполноценности, вызывающее стремление к превосходству, проявляется уже в первые 4-5 лет жизни ребенка в виде "цели победы". Даже агрессия Адлером рассматривается скорее как инициатива к преодолению препятствий и не отождествляется с враждебностью.

Чувство неполноценности, хотя оно и порождается органическим несовершенством человека, его слабостью, является все же "социальным чувством". Именно оно подталкивает человека к его преодолению, начиная со "стремления к превосходству" и кончая "стремлением к совершенству". Таким образом, в отлучии от понятия "воля к власти" философа Ф. Ницше, адлеровское "стремление к превосходству" имеет более широкий смысл — это еще и побуждения улучшить себя, развить свои способности. Не случайно эти идеи стали позже активно развиваться в гуманистической психологии.

Постепенно индивидуальные способы адаптации становятся привычными и определяют *стиль жизни* человека, его способы решения в трех главных сферах — в работе, дружбе и любви. Стиль жизни уже прочно складывается и закрепляется в дошкольном возрасте, а в дальнейшем он является лишь только совершенствованием своей основной структуры. Стиль жизни определяет основные типы личности: управляющий, берущий, избегающий или социально полезный. Только последний тип Адлером считается социально зрелым, проявляющим истинную заботу о других и заинтересованным в общении с ними.

Стремление к превосходству в каждом человеке уникально, так как каждый человек ставит перед собой только ему свойственные жизненные цели. Преодоление чувства неполноценности может быть успешным и адекватным, но иногда оно преодолевается посредством "сверхкомпенсации" (одностороннее приспособление к жизни в результате чрезмерного развития какой-то одной черты или способности) или механизмами "ухода в болезнь" (своеобразной "выработкой" невротических симптомов для оправдания неудач).

В понимании Адлера, для больных неврозами характерно *снижение уровня активности*, необходимой для правильного решения своих жизненных проблем. Они хотят, чтобы другие им помогали разрешать их повседневные заботы, баловали и все прощали. Они борются за свои *эгоистические жизненные цели*. Истинные причины невроза кроются в детстве, выработке невротического стиля жиз-

ни. Затем этот ошибочный стиль жизни почти неизбежно приводит к столкновению с реалиями жизни, которые становятся пусковой ситуацией болезни. Целью терапии неврозов является выявление ошибочных суждений больного о себе и других людях, устранение ложных жизненных целей и формирование новых, помогающих реализовать личностный потенциал.

К. ХОРНИ (HORNEY K.):

ТЕОРИЯ "БАЗАЛЬНОЙ

ТРЕВОГИ"

Карен Хорни (1885-1952) родилась недалеко от Гамбурга в норвежско-голландской семье, принявшей немецкое гражданство. Она получила медицинское образование и занималась психоаналитической практикой в клиниках Берлина. В 1932 году из-за начавшихся гонений на психоаналитиков К. Хорни переехала в США. В 1941 году за отступничество от ряда положений ортодоксального фрейдизма была исключена из Американской психологической ассоциации. Тогда же с группой единомышленников она создала параллельную Ассоциацию развития психоанализа, в которой активно работала до конца жизни. Основные работы: "Невротическая личность нашего времени" (1937), "Новые пути в психоанализе" (1939), "Самоанализ" (1942), "Наши внутренние конфликты" (1945), "Невроз и человеческий рост. Борьба за самореализацию" (1950).

К. Хорни — одна из создателей неофрейдизма, и ее *социокультурную концепцию личности* отличает отказ от упрощенного биологизма, присущего теории Фрейда. Основу сущности человека она видит в его врожденном чувстве тревоги. Младенец начинает испытывать тревогу с самых первых минут своего рождения, своего существования вне чрева матери. Это чувство тревоги фиксируется и становится внутренним свойством психической деятельности — **"базальной тревогой"**.

Внутреннее беспокойство порождает желание избавиться от него, что и является основной глубинной мотивацией поведения. Именно базальная тревога заставляет человека стремиться к безопасности, строить свое поведение таким образом, чтобы не провоцировать ее усиления.

Ключевой период в процессе формирования личности — детство. Изначальная беспомощность маленького ребенка ставит его в особо уязвимую, зависимую позицию. Множество внешне различных особенностей родительского поведения (недостаток любви и за-

боты, запугивание, неадекватное восхваление, игнорирование самостоятельности и прочие) приводят в конечном итоге к одному результату — ребенок оказывается не способным выработать в себе должное самоуважение. Это оборачивается его неуверенностью в себе, одиночеством, страхами, ощущением обиды, то есть в основе своей тревожно-враждебным отношением к миру, чаще всего глубоко бессознательным.

Со временем дети интуитивно находят способы, как справиться со своим окружением: кто-то спасается от вторжения в свою жизнь вспышками гнева, кто-то — уходом в мир грез и фантазирование, а кто-то — слепой преданностью и послушанием. В любом случае ребенок вынужден расплачиваться за "выживание" в подавляющей или эмоционально холодной атмосфере семьи **утратой своей внутренней свободы** — свободы в своих чувствах, желаниях, в отношениях к людям и даже к самому себе. Здесь заключены источники невротических наклонностей, которые могут властвовать над человеком всю его жизнь.

Стремление к удовлетворению своих желаний, противоречащее стремлению к безопасности, может вырабатывать определенные способы ("стратегии") поведения — "невротическое стремление к любви" как средство безопасности в жизни; "невротическое стремление к власти", объясняющееся страхом и враждебностью к людям; стратегия самоизоляции от людей ("бегство от окружения") и стратегия признания своей беспомощности ("невротическая покорность"). Разница между здоровым человеком и страдающим неврозом сводится лишь к степени выраженности конфликтующих тенденций. Под влиянием внешних временных обстоятельств возникают "ситуационные неврозы", а в случае "изначального конфликта" возникает подлинная болезнь — "невроз характера".

Стратегии поведения могут выступать не только предпосылками неврозов, но и в качестве защитных механизмов личности. К. Хорни предлагает сделать психоаналитический процесс доступным для всех людей, заинтересованных в своем развитии. Поискам подходов к этой проблеме и посвящена ее книга "Самоанализ". Избавление от невроза К. Хорни видит в освобождении от своего "идеализированного Я". Искажения личности происходят не из-за стремления к идеалу вообще, а из-за неправильного содержания идеала. Структура личности при более мягких неврозах является менее ригидной, чем при тяжелых неврозах, и даже единичное обнаружение бессознательного конфликта может быть поворотным пунктом к более свободному развитию человека. Опыт работы К. Хорни показал ре-

альность для некоторых пациентов самостоятельного преодоления своих внутренних психологических ограничений, оставленных прошлыми переживаниями.

Г. САЛЛИВАН (SILLIVAN H.S.):
ИНТЕРПЕРСОНАЛЬНАЯ
ТЕОРИЯ

Гарри Стэк Салливан (1892-1949)—американский психиатр и психолог, представитель неофрейдизма. Его основные положения относительно теории личности изложены в книге "Межличностная теория в психиатрии" (1963). Теория Салливана сложилась под влиянием многих психологических школ—G. Mead, S. Freud, K. Lewin.

По мнению Салливана, поведение человека направляется двумя основными стремлениями: к *удовлетворению* (реализация биологических потребностей) и *безопасности* (удовлетворение личностных потребностей). Воплощение этих стремлений возможно только *в контакте с другими людьми*. Следовательно, объектом психологического исследования должна быть личность как относительно устойчивая модель повторяющихся межличностных ситуаций, так как *личность формируется и проявляется в межличностных отношениях* (как реальных, так и воображаемых).

Ребенок при рождении испытывает дискомфорт и беспокойство (тревогу), поэтому основными механизмами личностного развития являются *потребность в безопасности* (нежности, ласке) и *стремление избежать тревогу*. Удовлетворение даже сугубо органических потребностей ребенка в человеческом обществе непременно требует участия другого человека. Таким образом, ребенок с момента рождения сразу включен в существующие межличностные (социальные) отношения. На этой основе Салливан выделил ряд стадий (периодов) онтогенетического развития личности, связанных с изменениями складывающихся межличностных отношений.

Аntenатальный период изначально психологически безопасен для ребенка, находящегося в утробе матери. Однако уже в это время складывается определенная расстановка сил, межличностных отношений, связанных с его будущим рождением, — антенатальная диспозиция (законный брак или внебрачный ребенок, беременность желательна или не желательна для женщины). Антенатальная диспозиция в итоге может повлиять на обеспеченность удовлетворения основных потребностей ребенка после рождения, а значит и на становление его как личности.

Второй период, "*первичная семья*" (мать—ребенок) начинается с момента родов, который сопровождается физиологическим и пси-

психологическим дискомфортом ребенка, обозначаемым первичным страхом. В норме этот "первичный психологический страх", чувство беспомощности ребенка систематично купируются заботливой матерью, которая его кормит и ласкает, формируя таким образом вторичное чувство безопасности ("психологическое рождение"). Если мать аутична и неласкова, то процесс "снятия" первичного психологического тесного страха протекает неполноценно и может служить в будущем основой повышенного риска возникновения для таких людей различных заболеваний (неврозов, психозов, психосоматических расстройств), а также антисоциального поведения.

Третий период — **"нуклеарная (ядерная) семья"**, по мнению Салливана, моделирует главные межличностные отношения (вертикальные, горизонтальные и ролеполовые), существующие в обществе и неосознанно усваиваемые ребенком. Теоретически такая семья пятичленна: ребенок, его родители, а также брат и сестра. Любая семья так или иначе воспроизводит и демонстрирует ребенку взаимоотношения полов (отношения между отцом и матерью, братьями и сестрами), отношения субординации и соподчиненности — вертикальные связи (старший—младший, родитель—ребенок, начальник—подчиненный) и отношения внутри каждого субординационного уровня (между взрослыми, между детьми).

На четвертом этапе, с возраста около 4-х лет, ребенок включается в **дошкольную группу**, где осваивает определенные социальные роли и впервые приобретает социальный статус. При вхождении в группу сверстников ребенок может находиться там на правах полноценного члена, и у него вырабатывается адекватное социально-ролевое поведение, но может быть и иначе. Возможны варианты неполноценного члена группы, а то и вовсе отверженного. Для вхождения в группу важное значение часто приобретают различные внешние атрибуты, зависящие от традиций, других социокультуральных и этнографических условий.

В возрасте 7-10 лет — **младшая школьная группа** — основное внимание должно уделяться "отработке и тренировке" взаимоотношений по вертикали. Важно выработать у ребенка не слепое послушание старшим из-за страха наказания, но и активное желание подчиниться. Упрямство — скорее признак слабости; только вовремя наученный повиноваться может в будущем адекватно властвовать, нормально руководить.

Подростковый период характеризуется нарастанием значимых для подростка интерперсональных связей вне семьи. Родители подростка начинают чаще сталкиваться с его упрямством, непослуша-

нием и ощущают снижение своего авторитета (подростковый негативизм). Замечено, что больший воспитательный эффект в этом возрасте достигается воспитанием "через референтов", т.е. значимых для подростка лиц (друзья или, например, спортивный тренер). Другой основной проблемой этого возрастного этапа является половое созревание и бурное становление сексуального влечения. У Салливана, так же как и у Фрейда, повторяется идея о подростковой гомосексуальности. Однако Салливан не считает подростковую гомосексуальность неизбежной, так как, по его мнению, она обусловлена не биологическими, а социальными факторами. Как курение или употребление наркотиков, подростковая гомосексуальность — это социально обусловленный риск, зависящий от наличия или отсутствия в окружении подростка референтных асоциальных групп.

Юношеский возраст также характеризуется увеличением числа интерперсональных связей, однако качественное своеобразие этого периода связано с завершением формирования когнитивных процессов. Это проявляется в склонности юношей ставить перед собой вопросы философского плана и размышлять о смысле жизни, при этом нередко возникает состояние своеобразной разочарованности и пессимизма. Подобные юношеские возрастные кризисы иногда могут составить сложности в дифференциальной диагностике их с дебютом шизофрении (синдром "философической интоксикации") или эндогенной депрессии.

Большинство проблем жизни *взрослого человека* (периоды молодости и зрелости) Салливаном понимаются через призму выдвинутых им положений формирования личности ("Я-системы") с ее механизмами психологической защиты — "избирательного внимания". Бессознательное сличение с эталоном воспринятого в детстве лежит в основе механизмов идентификации и избирательности внимания или, точнее сказать, невнимания к тому, что может вызвать у человека дискомфорт. Например, объяснения человека о "плохом" начальстве, вынуждавшем его многократно менять работу, в своей основе могут быть связаны с недостаточной сформированностью "вертикальных отношений" в соответствующие периоды детства.

Для **пожилого возраста** характерны как биологический (инволюция), так и психологический кризисы. Психологические кризисы могут рассматриваться в этом возрасте как личностные реакции на свое возрастное увядание, а также отстранение от активной трудовой деятельности (т.н. "пенсионные неврозы").

В **старческом возрасте** психологически наиболее трудным для человека является ситуация одиночества. Человек может физически жить дольше всех своих близких, друзей и знакомых ("пережить" их,

утратив все свои интерперсональные связи), что иногда называют социальным умиранием или смертью "социального атома". Социальный атом может умереть одновременно со своим носителем, а может и пережить человека. В последнем случае интерперсональные связи сохраняются и цементируются его образом в памяти общавшихся с ним людей.

Проблемы "социального умирания" характерны не только для старческого возраста, но и для тяжелых инвалидизирующих соматических и психических заболеваний, когда социальное окружение "забывает" больного человека. Реабилитация больных и инвалидов должна предусматривать не только биологическое лечение, но и наиболее полное восстановление психологического и социального функционирования.

Э. ФРОММ (FROMM E.): ТЕОРИЯ ОТЧУЖДЕНИЯ

Эрих Фромм (1900-1980), доктор философии и сотрудник института психиатрии, родился в Германии, но с 1934 года жил и работал в США, поэтому его причисляют к американским психологам. Его учение является как бы наиболее "социализированным" учением неопрейдизма, "культурным психоанализом". Первая книга "Бегство от свободы" была им опубликована в 1941 году. Творчество Фромма носит скорее философско-этический, а не клинический характер. Он часто начинает свои труды с изложения учения К. Маркса об отчуждении результатов труда от производителя в антагонистических классовых обществах. Однако Фромм расширительно толкует эти положения, распространяя их на основы отношения людей.

Интерпретация личности Фроммом начинается с анализа условий существования человека и их изменений с конца Средневековья по наше время. Он утверждает, что одиночество, изоляция и отчужденность присущи всем людям, в том числе и нашего поколения. Отчуждение состоит в нарушении естественной, гармоничной связи человека с природой и на этой основе — с другим человеком и самим собой.

Одновременно для каждого исторического периода характерным было и прогрессивное обретение личной свободы человека. Невиданная свобода от жестких социальных, политических, экономических и религиозных ограничений в современных обществах потребовала и компенсации в виде чувства безопасности и принадлежности к социуму. Фромм полагает, что образовалось огромное *противоречие между свободой и безопасностью* и именно оно становится причи-

ной основных трудностей в жизни современного человека. Человек пытается преодолеть свое одиночество "бегством от свободы".

Фромм указывает на ряд способов, или стратегий, такого бегства от свободы. Невыносимость бремени отчуждения может перерасти в чувство агрессии как к окружению (садизм), так и к себе (мазохизм). Отчуждение также может выражаться в конформизме, приспособленчестве к другим людям, условиям жизни. Сами по себе стратегии бегства от свободы несут в себе функцию своеобразной психологической защиты от тягостного чувства одиночества. Последнее часто может проявляться компульсивно и лежит в основе внешне беспричинных самоубийств.

Вся активность человека подчинена решению базовой проблемы отчуждения — обретению единства с миром и самим собой. Однако, как подчеркивает Фромм, природа человека двойственна: он стремится к независимости и свободе, но последняя способствует отчуждению. Дихотомия свобода—безопасность обусловлена экзистенциальными потребностями человека — потребности в связях с другими людьми, потребности в созидательном творчестве, потребности в корнях (связи с семьей), потребности в своей идентичности (быть самим собой, а не копировать других), потребности в системе взглядов для объяснения сложности мира. Общество предоставляет возможность удовлетворения этих потребностей, формируя у человека *структуру личности* — формирующиеся с детства устойчивые "основные ориентации характера".

Фромм выделил пять социальных типов характера, преобладающих в современных обществах: *рецептивный тип* (убеждены, что все хорошее в жизни находится вне их самих, они оптимистичны и идеалистичны), *эксплуатирующий тип* (негативные черты — агрессивность, эгоцентризм, а позитивные — уверенность в себе, чувство собственного достоинства), *накопительский тип* (тенденция к овладению материальными благами, властью), *«ыночный тип* (убежден, что и личность является товаром, отношения с окружением поверхностные), *продуктивный тип* (независим, честен, спокоен, ориентирован на социально-полезную деятельность). Последний тип в теории Фромма — это идеальное состояние человека.

Э. Фромм сформулировал идеи о существовании в активности людей биофильной и некрофильной ориентации, то есть ориентации на жизнь и ориентации на смерть (они содержательно соотносятся с описанием З. Фрейдом инстинктов жизни и смерти). Некрофильны те люди, которые чувствуют влечение ко всему неживому. Они охотно говорят о смерти, о болезнях, о похоронах, при этом воодушевляются. Они холодны, подвержены закону и

порядку, живут прошлым и никогда не живут будущим. Противоположностью является биофильная ориентация — любовь ко всему живому. Сюда включаются и тенденции к интеграции и объединению, к росту соответственно качества и структуры живого. Объединение и совместный рост — характерные признаки жизни, в том числе жизни чувств, мышления и всех проявлений психического в человеке. Преобладание того или иного вида ориентировки определяет образ жизни человека.

Э. ЭРИКСОН (ERIKSON E.H.): ТЕОРИЯ ИДЕНТИЧНОСТИ

Эрик Эриксон родился в 1900 г. в Германии, где какое-то время работал с Фрейдом, а в 1933 г. эмигрировал в США. Основные труды: "Детство и общество" (1967), "Идентичность и жизненный цикл" (1971), "Проблема новой идентификации" (1974).

Эриксон относится к числу тех последователей Фрейда, кто сумел критически переосмыслить некоторые положения его концепции. Он разработал теорию личностного развития на протяжении всей жизни человека—от рождения до старости. В отличие от Фрейда, Эриксон уделял большее внимание социальной детерминации развития. Он полагает, что наряду с выделенными Фрейдом фазами психосексуального развития, в ходе которого меняется направленность влечения от аутоэротизма к внешнему объекту, существуют и психологические стадии развития "Я", в ходе которых индивид устанавливает основные жизненные ориентиры по отношению к себе и своей социальной среде. Эриксон выделил ставшие широко известными восемь стадий развития личности. На каждой из них существуют свои определенные параметры, которые могут принимать положительные или отрицательные значения. Механизмом смены стадий является конфликт, кризис идентичности личности.

Понятие *"психосоциальная идентичность"* у Эриксона выступает в качестве центрального интегративного начала личности. Групповая, социальная идентичность начинает формироваться очень рано — ребенок с первых дней жизни ориентирован на включение в определенную социальную группу и постепенно начинает воспринимать и понимать мир так, как и большинство его окружения. Но постепенно у него формируется и индивидуальная идентичность — чувство устойчивости и непрерывности своего "Я", несмотря на то, что в нем идут и многие процессы непрерывного изменения и развития. Таким образом, индивидуальная идентичность означает сознание тождественности самому себе, непрерыв-

ности во времени собственной личности и связанное с этим ощущение, что другие также признают это. Если идентичность — состояние, то *идентификация* — процесс его формирования. Идентификация всегда связана с другими людьми, которые в течение определенного времени могут служить "образцами".

В индивидуальной идентичности можно различить личностную идентичность и Я-идентичность. Последняя ("эго-идентичность") означает более узкую, глубинную область, ответственную за постоянство личности. Значение этого конструкта яснее всего проявляется в психопатологии, когда Я-идентичность утрачивается, меняется, "расщепляется" или человек вынужден бороться за ее сохранение.

Идентификационное поведение и идентичность развиваются непрерывно в течение всей жизни, начиная с раннего детства. При этом важнейшее влияние оказывают родители и другие референтные личности. Согласно Эриксону, каждый человек в ходе развития своей идентичности переживает несколько критических фаз. Критическая фаза — не патологическое состояние, а своеобразное состояние нестабильности с мобилизацией созидательных сил. Человек задает себе вопросы: "Каков я? Каким мне хотелось бы стать? За кого меня принимают?". Каждая стадия характеризуется задачами этого возраста, а задачи выдвигаются обществом. Решение всех этих вопросов определяется уровнем развития человека и духовной атмосферой общества, в котором человек живет.

Стремление к собственной идентичности и к ее сохранению Эриксон выводит из психоаналитических посылок, стадии личностного развития у него соответствуют в общих чертах фазам психосексуального развития.

Раннее младенчество (до 1 года): главную роль в жизни играет мать (кормит, ухаживает, ласкает), в результате у ребенка формируется "базовое доверие к миру". Динамика развития доверия зависит от матери. Если мать тревожна и невротична или ребенку уделяют мало внимания (например, ребенок в детском доме), то формируется базовое недоверие к миру, устойчивый пессимизм. Эмоциональная депривация приводит и к резкому замедлению психического развития.

Позднее младенчество (1—3 года) связано с формированием автономии и независимости, ребенок начинает ходить, контролировать сфинктеры, приучается к опрятности. Социальное неодобрение открывает глаза ребенка внутрь, он чувствует возможность наказания, формируется стыд. В конце стадии должно быть равновесие автономии и стыда.

Раннее детство (3—6 лет): возникает убеждение у ребенка, что он уже личность. В игре формируется инициативность и предприимчивость. Если родители сильно подавляют ребенка, то это замедляет формирование инициативности, способствует закреплению пассивности, неуверенности, чувства вины.

Среднее детство (6—12 лет): возможности развития в рамках семьи исчерпаны, ребенок овладевает знаниями и новыми навыками в школе. Он спокоен и верит в свои силы, но школьные неудачи приводят к появлению или закреплению чувства своей неполноценности, отчаяния, потери интереса к учебе. Если родители лишь ругают и наказывают за плохую учебу, чувство неполноценности может закрепиться на всю жизнь.

Отрочество и юность (12—20 лет): формируется окончательно "эго-идентичность". Бурный рост и половое созревание создают озабоченность тем, как он выглядит перед другими. Возникает необходимость профессионального самоопределения. Если на ранних стадиях у ребенка сформировалась автономия, инициатива, доверие к миру, уверенность в своих силах, то подросток легко находит свое "Я", признание окружающих. В противном случае происходит диффузия идентичности, он не может найти свое "Я", не осознает целей и желаний, регрессирует к инфантильным, иждивенческим реакциям, появляется смутное, но устойчивое чувство тревоги и одиночества. Появляется страх общения, особенно с противоположным полом.

Ранняя зрелость (20—25 лет): актуален поиск спутника жизни, укрепление связей со своей социальной группой. Человек не боится обезличивания, появляется чувство близости, сотрудничества, интимности с определенными окружающими людьми. Однако, если диффузия идентичности переходит и на этот возраст, человек замыкается, закрепляется изоляция и одиночество.

Средняя зрелость (25—65 лет): дальнейшее развитие идентичности — идет воздействие со стороны других людей, особенно детей. Они подтверждают, что ты им нужен. Есть любимый труд, есть на кого излить свое "Я". В противном случае — опустошенность, застой и косность, психологический и физиологический регресс.

Поздняя зрелость (65 лет и более): создание завершенной формы эго-идентичности на основе всего пути развития личности, переосмысления всей жизни. Человек должен понять, что жизнь — это неповторимая судьба и ее надо "принять" такой, какая она есть. Если "принятия себя и жизни" не произошло, то человек чувствует разочарование, теряет вкус к жизни, чувствует, что жизнь прошла неверно, зря.

Стадии развития личности по Э. Эриксону

Стадия развития	Психосоциальные кризисы	Нормальная линия развития	Аномальная линия развития	Референтное О1фужение
Раннее младенчество: до 1 года ("орально-генитальное")	Базальное доверие или базальное недоверие	Любовь, доверие к родителям и общение с ними	Недоверие к людям — результат плохого обращения,	Мать
Позднее младенчество до 3 лет ("мышечно-анальная")	Автономия или стыд-сомнение	Уверенность в себе, самостоятельность	Сомнения, стыдливость. Желание скрыть недостатки речи, ходьбы и т.п.	Родители
Раннее детство: до 6 лет ("локомоторно-генитальное")	Инициативность или чувство вины	Любознательность, подражание взрослым, включение в роле-половое поведение	Пассивность в общении, инфантильная зависть к другим детям Нет роле-	Семья
Среднее детство, или возраст игры: до 12 лет ("латентная")	Осмысленная работа, трудолюбие или чувство неполноценности	Трудолюбие, стремление к успехам, развитие умений и навыков,	Слабость развития трудовых навыков, робость, комплексы,	Двор, школа
Отрочество и юность: до 20 лет	Эгоидентичность или диффузия, ролевое смешение	Жизненное самоопределение, мировоззрение. Учение, планы на будущее.	Путаница ролей, выраженное желание разобраться в себе в ущерб внешней	Лидеры каковы-цы, "свои" и посторонние группы
Ранняя зрелость: до 25 лет ("генитальная")	Интимность или изолированность или изоляция	Контактность. Любовь и работа. Рождение и воспитание детей	Трудности характера, поведенческая непредсказуемость. Непризнание Офу-жающими. Психопатология	Друзья. Сослуживцы. Соперники. Сексуальные партнеры
Средняя зрелость: до 64 лет	Продуктивность или застой, инертность и самоуничтожение	Творчество, удовлетворенность, воспитание нового поколения	Застой, эгоцентризм. Непродуктивность в работе. Ранняя инвалидность	Работа. Семья
Поздняя зрелость: 65 лет и более	Цельность, эгоинтеграция или отчаяние	Полнота жизни, мудрость, ощущение полезности прожитого, смирение с	Отчаяние, желание прожить жизнь заново, потеря веры в себя, страх смерти.	"Человечество", "люди моего типа".

Глава 18

ПОВЕДЕНЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПСИХОЛОГИИ (БИХЕВИОРИЗМ)

Постулаты поведенческой психологии изначально были сформулированы как альтернатива неудачам в классической ассоциативной психологии. Ее интроспективный метод исследования психики не удовлетворял научным критериям, так как давал нестабильные и не повторяемые результаты. Поэтому бихевиористы предложили отказаться от интроспекции и таких не проверяемых научными методами понятий классической психологии, как сознание, ассоциация, чувство и др., а рассматривать лишь те проявления психики человека, которые могут быть надежно зарегистрированы и повторены в условиях лабораторного эксперимента. Такими внешними проявлениями психики является поведение. В отличие от процессов сознания, которые протекают внутри субъекта и обнаруживаются лишь путем самонаблюдения (субъективный метод исследования), поведение происходит во внешнем мире и обнаруживается объективно путем внешнего наблюдения. Несмотря на своеобразную терминологию и отрицание даже самого понятия "личность" в традиционном понимании, в бихевиоризме и в этом плане получены интересные результаты. Поэтому поведенческая психология включена в число направлений, предлагающих данные относительно личности и личностных проявлений.

Бихевиоризм (от англ. *behavior* — поведение) — **направление в психологии, отрицающее сознание как предмет научного исследования и сводящее психику и личность к различным формам поведения, понимаемого как совокупность реакций организма на стимулы внешней среды.** Бихевиоризм возникает в США в 30-е гг. и окончательно оформляется в самостоятельное направление в 50-е гг. нашего века. В рамках этого направления обычно выделяют классический (радикальный) бихевиоризм и необихевиоризм.

Согласно сложившимся представлениям, в психологии поведение определяется как внешние проявления психической деятельности, т.е. к нему можно отнести:

- 1) все внешние проявления физиологических процессов, связанные с состоянием, деятельностью и общением людей (поза, мимика, интонация, дрожание, особенности дыхания, мышечное напряжение и др.);
- 2) отдельные движения и жесты (поклон, кивок, сжимание кулаков и др.);

3) действия как более крупные акты поведения, имеющие определенный смысл (просьбы, приказы и т.п.);

4) поступки как акты поведения с определенным значимым результатом (азартно играть в карты, проиграть все состояние и т.п.).

В бихевиоризме поведение рассматривается как система реакций в связи с научением организма в процессе приспособления к среде. Адаптация к условиям меняющейся среды требует от организма постоянной выработки форм поведения, направленных на восстановление нарушенного равновесия или на достижение определенных целей. Эта непрерывная адаптация осуществляется благодаря процессам, которые в эволюции живого усложнялись от рефлексов до мышления. Если рефлекторные и инстинктивные типы поведения не могут претерпевать значительных изменений, то, напротив, *приобретенные поведенческие реакции* могут существенно и стойко меняться. Именно эти изменения поведения возникают в результате приобретаемого опыта жизни — научения.

В бихевиоризме выделено три категории научения: реактивное, оперантное и когнитивное. В соответствии с этим распространено также подразделение бихевиоризма в зависимости от интерпретации самого процесса научения: классическое Павловское обуславливание (Павлов И.П., Вольпе Д. и другие), инструментальное, или оперантное, обуславливание (Торндайк Е., Скиннер Б.) и познавательные концепции, или когнитивные теории научения (Толмен Е., Бандура А.).

НАЧАЛО БИХЕВИОРИЗМА, КЛАССИЧЕСКИЙ (РАДИКАЛЬНЫЙ) БИХЕВИОРИЗМ

Американский психолог **Эдуард Торндайк** (1874-1949) считается родоначальником поведенческой психологии, хотя он не пользовался термином "поведение", а предпочитал слово "коннекция", обозначающее связь между реакцией и ситуацией. Им было описано научение *методом проб и ошибок*. Этот вид научения сам по себе считается не очень эффективным, но, вероятно, в процессе эволюции он приводил к выработке различных навыков у наших предков. Свои наблюдения Э.Л. Торндайк сделал в опытах с так называемыми *проблемными клетками*, куда помещалось голодное животное. Для получения пищи животному требовалось выйти из нее, нажав на педаль, связанную с дверью.

Оказалось, что после случайно успешного действия животного вероятность повторения этого действия у него возрастает. Так им в 1898 году был сформулирован "*закон эффекта*", позволяющий построить "кривую научения", где каждая новая попытка исполнения более эффективна, чем предыдущая. Из этого закона следовало так-

же, что действия, которые не ведут к достижению цели, напротив, от пробы к пробе сокращаются и тормозятся.

Торндайком при моделировании поведения был выявлен и ряд других закономерностей: *закон упражнения* — реакция на ситуацию связывается пропорционально с частотой повторения связи и ее силой; *закон готовности* — упражнения меняют, усиливают готовность организма к проведению нервных импульсов; *закон ассоциативного сдвига* — если при одновременном действии раздражителей один из них вызывает реакцию, то и другие приобретают способность вызывать ту же самую реакцию.

Теоретическим лидером бихевиоризма стал американский психолог Джон Бродетт Уотсон (Watson, 1878-1958), который в 1913 году открыто заявил, что психология должна быть чисто экспериментальной, объективной наукой, а известное утверждение, что объектом психологии является сознание, — ошибочно. Все, что происходит внутри сознания, нельзя научно зарегистрировать и измерить. Объективно изучать и регистрировать можно только реакции, внешние действия человека и те стимулы—ситуации, которые эти реакции обуславливают.

Таким образом, психология как наука о поведении должна пренебречь несколькими из ее традиционно существующих проблем, а оставшиеся сформулировать таким образом, чтобы их можно было решить с помощью строго объективных методов. Основной целью психологии должно быть описание, предсказание и управление поведением, а ее девизом является известная формула (единица поведения): "стимул-реакция" ($S \rightarrow R$).

Для Д. Уотсона причинно объяснить какое-либо действие человека (R) означает найти внешнее воздействие (S), которое его вызвало. Ближайшие задачи психологии он определил как выявление и описание возможных типов реакций, исследование процессов их образования и закономерностей их комбинирования в сложное поведение. Одновременно в качестве общих окончательных задач психологии Д. Уотсон отметил две: 1) прийти к тому, чтобы по ситуации (стимулу) предсказать поведение (реакцию) человека, и наоборот, — 2) по реакциям (поведению) определить стимулы, лежащие в их основе.

С точки зрения Д. Уотсона, большинство известных психических явлений можно переформулировать и описать в терминах поведения. Так, например, эмоции возникают как условно-рефлекторная связь между внешними раздражителями и несколькими базальными аффектами; мышление идентично субвокальному (неслышимому) проговариванию звуков громкой речи — сигналов, обозначающих

объекты рассуждения ("периферическая" теория мышления), а личность есть не что иное, как совокупность выработанных с детства и поэтому достаточно устойчивых поведенческих реакций (системы навыков), присущих данному конкретному человеку.

Вследствие методологических изъянов исходной концепции уже в 20-е годы XX века начался распад бихевиоризма на ряд направлений, сочетающих основную доктрину с элементами других психологических теорий (в частности, гештальтпсихологии, психоанализа), а также возникает и необихевиоризм. Лишь немногие из американских психологов продолжали последовательно и непримиримо защищать постулаты ортодоксального бихевиоризма. Одним из таких психологов был Б.В. Скиннер, который утверждал, что изучаться должно только наблюдаемое, инструментально измеряемое поведение.

Оперантный бихевиоризм Б.В. Скиннера (1904-1990). Американский психолог Беррес Скиннер (Skinner), развивая идеи Торндайка, предположил, что поведение чаще определяется и формируется *своими последствиями*, т.е. результатами поведения. В этом впервые наметился отход от "линейного" представления о поведении к утверждению роли в его построении "обратной связи".

В зависимости от того, будут ли последствия поведенческой реакции приятными, безразличными (нейтральными) или неприятными, живой организм будет повторять этот поведенческий акт, не придавать ему значения или избегать повторения этого поведения. Таким образом, стимулом поведенческой реакции у Скиннера становится его результат, который выступает в роли "подкрепителя". Такой тип поведения он называл "*оперантным*": поведение воздействует (operates) на среду, генерирует последствия, которые и модифицируют само поведение. В этом случае формула Уотсона приобретает у Скиннера "обратный" вид: $R \leftarrow S$.

Подкрепителем (S) может считаться любой стимул, увеличивающий вероятность определенной реакции. *Позитивный* стимул (S+) вызывает желаемое поведение, а *негативный* (иначе—*аверсивный*) стимул (S-) — исключает или уменьшает эту реакцию. Первичными подкрепителями являются простые физические вознаграждения, а вторичные — нейтральные стимулы, которые ассоциируются с первичными (например, деньги).

Скиннер стоял у истоков программированного обучения. Так он разработал способ формирования поведения путем *последовательных приближений*. Этот способ заключается в том, что весь путь от начала обучения до конечного результата разбивается на несколько этапов. В дальнейшем остается лишь последовательно и сис-

тематически подкреплять (система обратной связи) каждый из отдельных этапов на пути к нужной форме поведения. По мнению Скиннера и других бихевиористов, именно так происходит выработка большинства поведенческих реакций у человека. Ими экспериментально доказано, что положительное подкрепление изменяет поведение человека намного эффективнее, чем отрицательное, а среди последнего более эффективно лишение поощрений, чем применение наказаний при обучении.

В своих исследованиях Скиннер во многом опирается на результаты работ русского физиолога И.П. Павлова. Именно Павлов впервые назвал все события, усиливающие поведенческие проявления, "подкреплением", а все изменения поведения при этом — "обуславливанием". Он осуществил и первую значительную экспериментальную работу по обуславливанию **реактивного (рефлекторного)** поведения (по Скиннеру — *"респондентного"*). Так, И.П. Павловым было впервые показано, что врожденные рефлексы могут вызываться стимулами иными, совершенно отличающимися от их специфического раздражителя. Например, после небольшого количества соединений получения пищи (специфический раздражитель) со звонком (нейтральный для слюноотделения стимул) у собаки начинается слюноотделение только на звук звонка без предъявления пищи. Собака оказывается обусловленной таким образом, что она реагирует на стимул, который раньше не вызывал этой реакции. Таким образом, Павлов мог не только наблюдать поведенческие реакции, но и формировать, моделировать их.

И.П. Павлов полагал, что ассоциативным (реактивным) обуславливанием можно объяснить множество приобретенных форм поведения. Реактивное обуславливание легко прививается и легко исключается. В частности, в современном обществе на этом основывается значительная часть рекламы. Такой же точки зрения на поведение придерживался и бихевиорист Д. Уотсон, который через несколько лет после Павлова впервые показал, как могли бы развиваться *условно-рефлекторные эмоциональные реакции*. В частности, он в эксперименте выработал у шестимесячного ребенка страх перед белой крысой, сочетая предъявление крысы с неприятным звуком. Этот "условный рефлекс страха" в результате генерализации (иррадиации, по Павлову) вскоре распространился на все предметы с белым мехом, включая бороду Деда Мороза. Применение положительных подкрепителей позволило устранить у ребенка эту негативную реакцию страха.

Человек в концепции бихевиоризма понимается прежде всего как реагирующее, действующее, обучающееся существо, которое *про-*

граммируется на те или иные реакции, действия, поведение. Полную формулу поведения можно изобразить в виде соединения схем реактивного (Павлов) и оперантного (Скиннер) обуславливания: $S \rightarrow R \leftarrow S$. Изменяя стимулы и подкрепления, *можно программировать человека* на требуемое поведение. Таким образом, человек полностью зависит от своей среды, и всякая свобода, которой, как ему кажется, он может пользоваться, является чистой иллюзией.

Наиболее ярко это положение проявилось именно у Скиннера, который сам себя называет "радикальным", последовательным би-хэвиористом. Такие термины, как "свобода", "достоинство", "творчество" и другие он называет *"объяснительными фикциями"*. Их употребляют люди, когда они не понимают наблюдаемого поведения или им неизвестна структура подкрепляющих стимулов, предшествующих поведению или следующих за ним. Например, хорошо известно, что в состоянии гипноза человеку могут быть внушены какие-либо предписания относительно его поведения после сеанса. Человек выполняет их в полном убеждении, что поступил он так по собственной воле, собственному решению. Отсюда Скиннер утверждает, что "чувствование свободы" — это еще не свобода. Более того, по его мнению, наиболее репрессивными формами управления являются именно те из них, которые усиливают это чувство свободы.

НЕОБИХЕВИОРИЗМ

В 30-е годы незыблемость идей бихевиоризма пошатнулась. Очевидной становится необходимость учитывать в регуляции поведения не только роль внешней, социальной среды, но и отношение к ней индивида: его мотивы, настроения и установки. Американский психолог Роберт Вудворте (1869-1962), один из разработчиков учения о мотивации, образно говорил, что можно управлять движениями людей, только управляя их желаниями. Он модернизирует известную схему *"стимул-реакция"* включением в нее промежуточного (медиаторного) звена, т.е. побудительных и познавательных факторов. Так началась реформа бихевиоризма, и ее возглавили Эдуард Толмен и Кларк Хал, а новое направление получило название *"необихевиоризм"*. С 70-х годов необихевиоризм начинает представлять свои концепции в соответствии с теорией "социального научения" Альберта Бандуры.

Когнитивный бихевиоризм Э. Толмена (1886-1959). Последователь Уотсона, американский психолог Эдуард Чейс Толмен в 1948

году подверг сомнению схему $S \rightarrow R$, считая ее слишком упрощенной. Он приходит к выводу, что связи между стимулами и поведенческими реакциями не являются прямыми. Они опосредованы психическими процессами данного индивида (J), зависящими от его наследственности, физиологического состояния, прошлого опыта и природы стимула. Формула Уотсона у Толмена приобрела иной вид: $S \rightarrow J \rightarrow R$, где средним членом являются промежуточные переменные. Он выделил три главные группы таких "промежуточных переменных": потребностная система, система ценностных мотивов (предпочтений одних объектов другим) и переменные бихевиориального поля (ситуация, в которой совершается действие).

Такие промежуточные переменные, как цели, намерения, гипотезы и др. формально являются функциональными эквивалентами сознания, но вводятся они здесь как "конструкты", о которых следует судить исключительно по свойствам поведения. Например, "цель, намерение" у животного можно определять в видимой внешним наблюдателем поисковой активности, которая прекращается при получении нужного объекта, а при повторных опытах животное путь к нужному объекту находит быстрее. Получение объекта в данном опыте и будет составлять намерение, или цель, а это уже свойство поведения, и нет необходимости для объяснений привлекать понятие сознания.

В опытах Толмена устанавливалось, что при обучении крыс нахождению корма в лабиринте речь шла не о простом механическом усвоении ими кратчайшего пути по типу связи между стимулом и реакцией, а своего рода усвоении ими значения стимула. Обученное животное почему-то сразу справлялось и с "усложненными" заданиями (типа перекрытием пути преградой) без нового научения. Отсюда Толмен заключил, что поток сигналов из внешней среды преобразуется мозгом в своеобразные "когнитивные карты-схемы" (или образы ситуаций), которые помогают определять адекватные действия при изменениях ситуации. Эти карты создаются внешне незаметно (латентное научение) и отражают значение различных стимулов и существующих между ними связей. Таким образом, "закон упражнения" Торндайка должен быть пересмотрен. Упражнение — это не упрочение связи между раздражителем и двигательным ответом, а образование новых "познавательных карт", "знаковых гештальтов" или "матриц ценностей-убеждений".

При обучении сложным психомоторным навыкам (например, игре на музыкальных инструментах) также формируются когнитивные стратегии, направленные на выработку строгих последовательных движений и их программирование в зависимости от желаемого

результата. Кроме выработки навыков, в бихевиоризме к когнитивным формам научения также относят научение путем инсайта, путем рассуждений, абстрагирования и обобщения.

Гипотико-дедуктивный бихевиоризм К.Л. Холла (1884-1952). Этот вариант необихевиоризма более сконцентрирован вокруг построения *математической теории поведения*. Кларк Леонард Халл, так же как и Толмен, признавал наличие "внутрипсихических" факторов поведения, но он пытался найти им эквиваленты, которые можно было объективизировать и дать им математическое описание. В частности, в состав этих факторов он ввел такие понятия как "сила навыка" — это функция количества проб, т.е. попыток выполнить реакцию; "драйв", или потребность, — это величина, производная от депривации (лишения пищи, воды и т.п.), подкрепление и множество других. Поведение, по Халлу, выступает в виде связанного взаимодействия переменных, "семейств" навыков и иерархии мотивов.

Пытаясь подойти строго математически к анализу поведения, Халл вместе с тем не придавал существенного значения познавательным факторам и нейрофизиологическим механизмам. Современники полагали, что он стал жертвой страстного увлечения математикой. Он использовал любую возможность, чтобы математически квантифицировать свои суждения, иногда доводя их до абсурда.

Теория социального научения. В 70-е годы бихевиоризм представляет свои концепции в соответствии с теорией социального научения **Альберта Бандуры** (Bandura, 1965). Последний обратил внимание на то, что существует множество форм поведения, научение которым основано *на наблюдении такого поведения у других и подражании ему* ("научение путем наблюдения"). При *простом подражании по модели*, что наблюдается и у животных, воспроизводятся действия модели, но не всегда понимается их значение. При более сложном, *викарном научении* требуется не только усвоение, но и понимание поведения модели.

Сторонники всех теорий социального научения отмечают, что люди часто подражают каким-то знаменитостям, героям кинофильмов и так далее. Модель "учит" какому-то поведению, однако использование результатов такого обучения все же зависит от когнитивно-эмоциональной оценки ситуации. Таким образом, на человека влияют не только внешние условия, он также должен самостоятельно оценивать и предвидеть последствия своего поведения.

Д. Роттер (Rotter J.B., 1966) дополнил эту модель А. Бандуры, полагая, что на быстроту освоения новой поведенческой реакции существенно влияет субъективная оценка человеком высокой или низкой *вероятности подкрепления* и характер его, т.е. ценность и

значимость подкрепителя для человека. Кроме того, научение зависимо и от присущего каждому специфического личностного свойства — "*локуса контроля* ": чувствует ли себя человек активным деятелем в достижении целей поведения или полагается на обстоятельства.

Другим важным параметром для описания социального поведения является "поведенческий потенциал", т.е. тот набор поведенческих реакций и навыков, который нажит человеком в течение жизни. Поведенческий потенциал включает 5 основных блоков поведенческих реакций или "техник существования":

1) реакции, направленные на достижение успеха, социального при знания;

2) реакции приспособления и адаптации к требованиям других людей и общества;

3) защитные реакции при превышении возможностей человека (отрицание, подавление желаний, обесценивание и другие);

4) техники избегания напряжения (уход, бегство, отдых и другие);

5) агрессивные реакции (реальная физическая агрессия и ее символические формы — ирония, критика, насмешка, интриги и другие).

КОНЦЕПЦИЯ НЕВРОЗА И ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Концепция невроза. Адаптивное поведение направлено на адекватное приспособление к жизненным условиям. Неправильные (неадаптивные) формы поведения закрепляются только тогда, когда им сопутствует некий положительный результат. Отсюда можно предположить, что при неврозах таким подкрепителем может являться "*условная приятность, выгодность* " болезни, так как она освобождает больного от ряда обязанностей или дает ему большее внимание со стороны близких (Dollard, Miller, 1967).

Однако другая и более оригинальная концепция невроза была предложена Вольпе (Wolpe J., 1958) и Айзенком (Еу5епскН., 1961). Основное значение ими придается *страху и тревоге*, которые возникают у человека при психотравмирующей ситуации. Неадаптивное поведение человека, в том числе невротическое и психотическое, возникает, подкрепляется и фиксируется в силу того, что оно способствует *снижению* уровня самого этого страха и тревоги. Другими словами, невротическое поведение — это выученная и зафиксированная реакция избегания возбудителя страха и тревоги, приобретенный навык неадекватного, хотя и приспособительного, поведения.

Этим выводам предшествовали наблюдения возможности формирования методом условных рефлексов у лабораторных животных экспериментальных неврозов и психозов — состояний, сходных с таковыми у человека. Кроме того, в обычных условиях жизни у животных иногда также встречаются состояния, напоминающие неврозы и психозы у людей. Например, описана коллективная истерия среди своры охотничьих собак, реакции "мнимой смерти" при испуге, а также истерические судороги и "мнимая" беременность у некоторых животных.

Поведенческая психотерапия. Понятие "поведенческая (би-хевеиориальная) терапия" впервые ввели в практику Арнольд Ла-зарус и Ганс Айзенк в конце 50-х годов. В нашей стране большое распространение имел термин "условно-рефлекторная терапия" (Бехтерев В.М., 1917; Контарович Н.В., 1929).

Поведенческая терапия направлена на изменение, точнее, "переучивание", неправильно усвоенного поведения, т.е. симптома болезни. Это "переучивание" может достигаться различными способами. Например, метод *оперантного обуславливания* направлен на изменение поведения пациента, научение его новым навыкам или отказу от нежелательных форм поведения с помощью поощрения и наказания ("жетонная" система, удары током и другие). Так, при терапии алкоголизма широко использовался *условно-рефлекторный метод (аверсия)* — сочетание приема алкоголя с дачей рвотных средств, а Франкль (Frankle, 1966) предложил метод "*парадоксальной интенции*" (интенция — намерение), когда больному с фобиями предлагается с юмором имитировать свои страхи — "делать то, чего он боится".

Как уже отмечалось, страх и тревога лежат в основе большинства невротических состояний и рассматриваются в бихевиоризме как выученная условно-рефлекторная эмоциональная реакция. Она может быть подавлена, если объединить в одно и то же время стимулы, вызывающие страх, и стимулы, антагонистичные страху. Тогда произойдет *противообуславливание* и стимул, не вызывающий страх, погасит прежний рефлекс. В экспериментах на животных таким противообуславливающим страх стимулом является кормление. У человека одним из наиболее действенных стимулов, противоположных страху, является *релаксация* (расслабление). Практический прием, вытекающий из этого (предложен Джозефом Вольпе), заключается в постепенном, поэтапном демонстрировании больному, находящемуся в полной релаксации, иерархии обстоятельств, вызывающих страх. Этот терапевтический прием постепенного, поэтапного погашения страха и тре-

воги был назван *систематической десенсибилизацией* и имеет много модификаций.

Угашение страха возможно и без релаксации — просто демонстрацией объекта страха. При методике *"наводнения"* пациента побуждают столкнуться с реальной ситуацией, вызывающей страх, и находиться в ней до тех пор, пока страх не уменьшится. Методика *"имплозии"* отличается от методики *"наводнения"* только лишь тем, что такие тренировки проводятся не в реальной ситуации, а с ее моделированием в воображении пациента. Цель имплозивной терапии состоит в том, чтобы вызвать интенсивный страх, который приведет к уменьшению страха в реальной ситуации.

Последние годы широкое распространение получили *групповые варианты поведенческой психотерапии*: методики социального тренинга или моделирования, тренинг уверенности в себе, тренинг умений и другие. Кроме того, повысился интерес и к когнитивным факторам поведения (оценка, установка и убеждения), что привело к созданию *поведенческо-когнитивной терапии* (А. Эллис, 1962; Рудестам, 1990). Усилия группы здесь сосредоточены вокруг логического преодоления иррациональных страхов и убеждений. Члены группы совместно подыскивают аргументы, лишаящие эти убеждения и страхи непреодолимой силы, а новые формы поведения вырабатываются и закрепляются рядом практических поведенческих приемов.

Главными особенностями любых способов поведенческой терапии являются следующие (Bergin A.E., Garfield S.L., 1994).

1. Изменению подвергается поведение, а не внутреннее состояние.
2. Осуществляются упражнения, которые активно контролируют
ся терапевтом.
3. Симптомы устраняются даже без обсуждения их причин.
4. Занимают сравнительно мало времени — максимум несколько
ко месяцев.
5. Методы основываются на данных, полученных экспериментально.

Глава 19

ГУМАНИСТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПСИХОЛОГИИ

А. Маслоу (Maslow A.H.): ТЕОРИЯ САМОАКТУАЛИЗАЦИИ

Американский психолог **Абрахам Харолд Маслоу** (1908-1970) — один из основателей гуманистической психологии. Его родители-евреи эмигрировали в США из России. Маслоу получил психологическое образование, стал профессором психологии, являлся членом ряда профессиональных обществ психологов, был редактором-основателем "Журнала гуманистической психологии" и "Журнала трансперсональной психологии". Большинство его книг написаны в последние 10 лет его жизни: "По направлению к психологии бытия" (1968), "Религии, ценности и вершинные переживания" (1964), "Мотивация и личность" (1987) и другие.

А. Маслоу считал, что психоанализ является хорошей системой для анализа психопатологии, но психоанализ совершенно не пригоден как теория для объяснения всего человеческого поведения. Маслоу свое исследование основывал не на изучении больных людей, как это делал Фрейд, а на изучении биографий здоровых, наиболее зрелых, творческих и выдающихся личностей, полагая, что только при изучении лучших представителей человеческого рода можно приблизиться к границам человеческих возможностей и их исследовать.

Маслоу замечает, что хотя в его выборке "лучших из лучших" не оказалось абсолютно совершенных и идеальных людей, однако их всех отличала одна характерная особенность, которую он обозначил как **самоактуализация** (Self-Actualization).

Термин "самоактуализация" впервые был предложен Куртом Гольдштейном. Его представления значительно отличались от формулировок Маслоу. Будучи нейрофизиологом, занимавшимся пациентами с поврежденным мозгом, Гольдштейн рассматривал самоактуализацию как фундаментальный процесс в каждом организме, который заключается в тенденции актуализировать все заложенные в нем индивидуальные способности, "свою природу". Не всегда этот процесс имеет только позитивные последствия для индивидуума.

Маслоу понятие "самоактуализация" определяет как стремление к самовыражению с наиболее полным использованием своих талантов, способностей и возможностей. Маслоу считает, что эта высокая

гуманоидная потребность в самоактуализации всегда присутствует у здорового человека. Иными словами, человек должен реализовать то, что в нем заложено от рождения, то, что он может. Если в нем заложены способности ученого или актера, то он обязан это реализовать. Если он этого не делает, если условия жизни мешают самореализации, то начинается конфликт неудовлетворенности, лежащий в основе неврозов.

В персонологии наиболее важным является вопрос о мотивации. Маслоу полагает, что люди мотивированы для поиска личных целей, что делает их жизнь осмысленной. Потребности человека организованы в иерархическую систему приоритета и доминирования ("пирамида потребностей"): физиологические потребности, потребности безопасности и защиты, потребности принадлежности и любви, потребности самоуважения, потребности самоактуализации (личного совершенствования). Удовлетворение потребностей, расположенных внизу иерархии, делает возможным осознание и участие в мотивации поведения потребностей более высокого порядка.

Концепция самоактуализации — наиболее важный вклад Маслоу в психологию. Для приближения к ее пониманию он приводит ряд "типов поведения", ведущих к самоактуализации:

1. *Свежесть восприятия.* Обычно мы мало и поверхностно со знаем, что происходит в нас и вокруг нас. Однако иногда у нас бывают краткие моменты повышенного осознания и интереса к своему внутреннему и внешнему миру, когда мы наблюдаем особо красивые явления природы, человеческого творчества (закат солнца, картина художника) или испытываем эмоциональное воодушевление в любви — все это "самоактуализирующие моменты". Самоактуализация означает восприятие и переживание полное, живое, беззаветное, с максимальной концентрацией и впитыванием. Самоактуализаторы редко жалуются на скучную, неинтересную жизнь.

2. *Личностный рост и центрированность на проблеме.*

Маслоу считал, что все обследованные им личности были привержены какой-либо задаче, долгу или призванию. Другими словами, все они были не эго-центрированы, а ориентированы на задачи, которые стоят выше их личных непосредственных потребностей. Если мыслить жизнь как процесс выборов, то самоактуализация означает решение в пользу личностного роста в каждом выборе. Нам часто приходится выбирать между ростом и безопасностью, между прогрессом и регрессом. Каждый выбор имеет

свои негативные и позитивные аспекты. Выбирать безопасное — значит оставаться при известном и знакомом, но рисковать стать устаревшим и смешным. Выбирать рост — значит открыть себя

новому, неожиданному опыту, но рисковать оказаться в неизвестном.

3. *Приятие себя, других и природы.*

Самоактуализирующиеся люди могут принять себя такими, какие они есть. Они не сверхкри

тичны к своим недостаткам и слабостям.

Самоактуализация — это научение сонастроиться со своей собственной внутренней природой, со своей самостью. Под самостью Маслоу понимает сердцевицу, собственную природу человека, его уникальные вкусы и ценности. Человек должен сам для себя решить, нравится ли ему самому та или иная пища, кинофильм и т.п., вне зависимости от мнений и точек зрения других людей.

Актуализироваться — значит становиться реальным, существовать фактически, а не только в потенциальности. Подобным образом они принимают других людей и человечество в целом.

4. *Непосредственность, простота и естественность.*

В поведении самоактуализирующихся людей нет искусственности или же лания произвести эффект. Но это не означает, что они постоянно ведут себя вразрез традициям. Однако, когда этого требует ситуация, они могут быть непримиримыми даже под угрозой осуждения. Честность и принятие ответственности за свои поступки — существенные моменты самоактуализации. Маслоу рекомендует не позировать, не стараться хорошо выглядеть или удовлетворить своими ответами других. Нужно «есть ответы внутри себя, и каждый раз, когда мы это делаем, мы соприкасаемся опять со своей самостью.

5. *Автономия: независимость от культуры и окружения.*

Все предыдущее помогает развить в человеке способность быть независимым в своих действиях от своего физического и социального окружения, он способен к "лучшим жизненным выборам" не только в искусстве, музыке, пище, но и в серьезных проблемах жизни, таких как брак или профессия. Мы научаемся верить своим суждениям и действовать в соответствии с ними.

6. *Креативность.* Самоактуализация — это также постоянный и непрерывный процесс развития своих возможностей и талантов. Большой талант или ум не то же самое, что и

самоактуализация.
Многие одаренные люди не смогли полностью использовать свои возможности, другие же, может даже со средним талантом, сделали невероятно многое. Самоактуализация — это не вещь, которую можно иметь или не иметь, не единичное достижение, а процесс без конца, способ проживания.

7. Более эффективное восприятие реальности. Дальнейший шаг самоактуализации—это обнаружение своих "психологических защит" и работа по отказу от них. Психологические защиты — это

механизмы искажения реальности в угоду самонниению. Нам нужно сознавать, как мы искажаем образ себя и образы внешнего мира посредством вытеснения, проекций и других механизмов защиты.

8. *Вершинные, мистические переживания*. "Пик-переживанием" (peak-experiences) называет Маслоу особо выраженные и достаточно продолжительные самоактуализирующие моменты, длящиеся несколько минут (редко часы). Они вызываются сильным чувством любви, переживаниями исключительной красоты природы или произведений человеческого разума. В такие моменты мы более интегрированы в мир, больше его осознаем, действуем и чувствуем более ясно. Наиболее значительные "пик-переживания" редки. Поэты описывали их как моменты экстаза, а люди религии — как глубокого мистического переживания. По Маслоу, эти вершинные переживания не имеют божественной или сверхъестественной природы — люди просто чувствуют большую гармонию с миром, теряют ощущение своего "Я" или выходят за его пределы, утрачивается чувство времени и места.

В отличие от вершинных переживаний, "плато-переживание" более устойчиво и длительно. Маслоу описывает его как новый, более глубокий способ видения и переживания мира. Сам Маслоу пережил подобное в конце жизни, после сердечного приступа.

Состояния, сходные с описаниями "пик-переживаний", часто встречаются в психопатологии в виде своеобразных измененных состояний сознания — аура перед эпилептическим припадком, во время приступа мигрени, при приеме наркотиков и др. Маслоу находит подобные состояния у здоровых людей и считает их существенным свойством самоактуализации.

Он обнаружил, что некоторые из самоактуализирующихся индивидов стремились испытывать много "пик-переживаний", в то время как другие сталкивались с ними редко. Первых он называет *"транс-цендирующими самоактуализаторами"*, и они вносят чаще мистичность в происходящее, мыслят более хаотично, способны транс-цендировать (от лат. transcendere — переступать) категории прошлого, настоящего и будущего, добра и зла, воспринять единство за кажущейся сложностью и противоречивостью жизни. Они являются более новаторами, чем систематизаторами идей других, коими является другая половина самоактуализаторов из его выборки.

Маслоу считал гуманистическую психологию, психологию "третьей силы" (после психоанализа и бихевиоризма), переходной и подготовительной к еще более высокой, четвертой психологии — *трансперсональной психологии*, centered на космосе, а не на человеческих интересах и потребностях. Она будет выходить за пределы человеческо-

го самоопределения, самоактуализации. Энтони Сутич, основатель и первый редактор "Журнала трансперсональной психологии" (основан в 1989 г. при участии А. Маслоу) определил ее как "исследование предельных способностей и возможностей" человека. Эта психология включает изучение религиозного опыта, медитацию и другие способы получения измененных состояний сознания, феномены парапсихологии и т.п. К теоретическим источникам трансперсональной психологии относятся учения средневековых мистиков (особенно Майстеро Экхарта, XIII-XIV вв), восточная философия (главным образом индийская), аналитическая психология К. Юнга. Современным представителем направления является Станислав Гроф.

Сущность теоретических представлений здесь сводится к тому, что детерминанты человеческого поведения и источники психологических проблем находятся за пределами индивидуального, прижизненного опыта. Человек с его прижизненно сформированной психикой, опытом и качествами традиционно обозначается как "persona". Кроме этого, в человеке существует нечто вне его индивидуального опыта, вне его "персоны", т.е. трансперсональное. Этим "нечто" является, по концепции мистиков, частица Бога, у К. Юнга — архетипы.

Маслоу полагает, что самоактуализация является высшей потребностью человека, реализация которой возможна после удовлетворения потребностей более низшего порядка—в уважении, любви и принадлежности, безопасности, а также физиологических потребностей ("пирамида" потребностей). Невроз в понимании Маслоу — "болезнь лишенности" удовлетворения фундаментальных потребностей, подобно тому, как недостаток витаминов вызывает физическую болезнь.

В мотивационной сфере личности Маслоу различает мотивацию, которая ориентирует поведение на устранение *дефицита* чего-либо необходимого организму, т.е. удовлетворения какой-либо потребности, которая не удовлетворена или фрустрирована (Д-мотивация), и мотивацию роста, *бытия* (Б-мотивация). Примерами мотивации первой группы (дефицентная мотивация) являются голод, боль, страх. Но когда организм не испытывает ни голода, ни боли, ни страха, появляются новые мотивации, такие как любопытство или желание игры. Эта деятельность может приносить удовлетворение сама по себе как таковая. Она относится к миру бытия, удовлетворению и наслаждению в настоящем (бытийная мотивация). В соответствии с этим Маслоу различает Б- и Д-познание, Б- и Д-ценности, Б- и Д-любовь и тому подобные. Например, в Д-познании объекты рассматриваются исключительно как удовлетворяющие потребности. Голодный замечает пищу, а нищий—деньги. Б-познание более точно и эффективно, меньше искажает свое восприятие в соответствии

с потребностью или желанием, оно не судит, не оценивает, не сравнивает. Б-любовь к природе выражается в умении ценить цветы, наблюдать их рост. Д-любовь скорее выразится в срывании цветов и устройении из них букетов. Б-любовь—это любовь к сущности, "бытию" и существованию другого.

Психологическая утопия: Эупсихея. А. Маслоу, как и многие другие психологи — создатели психологических теорий личности, не обошел вниманием устройства общественных отношений. Он мечтал об утопическом обществе, которое называл Эупсихея. По его мнению, хороший человек и хорошее общество — это одно и то же. Общество, как полагал Маслоу, должно находить пути для реализации возможностей своих граждан: "просвещенное управление" предполагает, что работающие хотят быть творческими и продуктивными, они лишь нуждаются в поддержке и одобрении, а не в ограничениях и контроле администрации. Принуждение себя к действию всегда указывает на определенный конфликт мотивов, а в идеале человек делает то, что ему следует делать, потому что он хочет делать это.

КАРЛ РОДЖЕРС (C. ROGERS): ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ ЛИЧНОСТИ

Карл Рэнсом Роджерс (1902-1987) — американский психолог, работы которого получили широкое признание в области клинической психологии. Главным его трудом является книга "Центрированная на клиенте терапия: ее современная практика, значение и история" (1951). В ней изложена теория, которая наиболее полно отражает *феноменологическое направление* в изучении личности. Роджерс также является автором многих книг по психологическому консультированию.

Феноменологическое направление в психологии подчеркивает идею о том, что поведение человека можно понимать только в терминах его *субъективного восприятия и познания действительности* — с точки зрения его внутреннего, субъективного опыта. Внешний мир есть лишь та реальность, которая сознательно воспринимается и интерпретируется человеком в данный момент времени.

Другая важная идея феноменологического направления заключается в признании того, что *люди свободны в решении своей судьбы*. Если люди считают, что они живут, подчиняясь каким-то силам, которым не могут сопротивляться, то это происходит потому, что они потеряли веру в свободу самоопределения, которая заложена в их природе.

Последний важный тезис феноменологического направления заключается в том, что человек по своей природе добр и стремится к совершенству, *реализации своих внутренних возможностей*.

Точка зрения Роджерса на личность сформировалась на основе его личного опыта работы с людьми, имеющими эмоциональные расстройства. В результате своих клинических наблюдений, в отличие от Фрейда, который в инстинктах усматривал движущие силы личности, Роджерс пришел к выводу о том, что человек по своей внутренней природе добр и его сущность ориентирована и направлена прежде всего на движение вперед—к позитивным целям. Человек стремится реализовать себя, если дать ему возможность раскрыть свой врожденный потенциал. Конечно, Роджерс допускал, что у людей бывают иногда злые чувства и аномальные разрушительные импульсы, но тогда человек ведет себя не в соответствии со своей внутренней природой. Роджерс утверждает, что его точка зрения на природу человека не является наивным оптимизмом, а основана на 30-летнем опыте работы психотерапевтом.

К. Роджерс, как и А. Маслоу, главным жизненным мотивом поведения человека считал его тенденцию к актуализации, представляющую собой стремление развивать все свои способности, чтобы сохранять и развивать личность. Эта фундаментальная тенденция (единственная, которая постулирована автором) может объяснить все другие мотивы — голод, половое влечение или стремление к безопасности. Все они являются только специфическими выражениями основной тенденции — сохранить себя для развития, актуализации.

Реально для человека, его мыслей и чувств, является только то, что существует в пределах его внутренних координат или субъективного мира, включающего все, что осознается в данный момент времени. Говоря феноменологически, каждый человек реагирует на события в соответствии с тем, что он чувствует, субъективно воспринимает в данный момент. Поскольку разные люди одну и ту же ситуацию могут воспринимать диаметрально противоположно, феноменологическая психология отстаивает доктрину, согласно которой *психологическая реальность* феноменов является исключительно функцией того, как они видятся, воспринимаются конкретными людьми. Роджерса в психологии интересует именно эта *психологическая реальность*, а объективная реальность, по его мнению, удел изучения философов. Если мы хотим объяснить, почему человек чувствует, думает и ведет себя определенным образом, то нам следует постичь его внутренний мир, его субъективный опыт, т.е. психологическую реальность.

Поведение человека определяется не прошлыми событиями его жизни, а только тем, как человек воспринимает свое окружение здесь и сейчас. Разумеется, прошлый опыт влияет на восприятие настоящего, однако поступки человека определяют, каким это прошлое воспринимается сейчас, в настоящее время. Более того, Роджерс считал, что на поведение в большей степени влияет не прошлая история человека, а как ему видится его будущее. И наконец, он подчеркивал, что личность должна рассматриваться не только в контексте "настоящее—будущее", но и как единый, целостный организм, и это единство нельзя свести к составляющим частям личности. Приверженность Роджерса к *холистическому направлению* видна практически в любом аспекте его теоретической системы.

Самым значительным элементом психологической реальности, индивидуального опыта человека является его *самость*, или Я-концепция. Я-концепция —это система взглядов человека на свою сущность, на то, что он из себя представляет. Кроме истинной самости (Я-реальное) и идеальной самости (Я-идеальное), Я-концепция может включать целый набор Я-образов: родителя, супруга, студента, музыканта, руководителя и т. д.

Я-концепция является продуктом социализации человека, и в процессе ее формирования ребенок, а потом уже и взрослый человек, всегда нуждается в позитивном внимании к себе со стороны своего окружения. Это внимание, по Роджерсу, должно быть безусловным, т.е. без всяких "если" и "но". Человек должен восприниматься таким, какой он есть на самом деле. Именно такое *безусловное позитивное внимание* мы видим в любви матери к сыну вне зависимости от его проступков. *Обусловленное позитивное внимание* мы видим тогда, когда ребенку говорят, что если он получит отличные оценки за полугодие в школе, то ему купят какую-либо интересную для него игрушку. Такое обусловленное позитивное внимание широко распространено и в повседневной жизни взрослого человека. Роджерс утверждает, что обусловленное позитивное внимание причиняет ущерб личностному становлению, ребенок пытается соответствовать стандартам других, а не определять для себя, кем он сам хочет быть и чего добиваться.

Роджерс полагает, что поведение человека в большей своей части согласуется (*конгруэнтно*) с Я-концепцией или, по крайней мере, человек стремится к этому. Все переживания, которые согласуются с Я-концепцией, хорошо осознаются и точно воспринимаются. И наоборот, переживания, находящиеся в конфликте с "Я", к осознанию и точному восприятию не допускаются. В теории Роджерса тревога и угроза благополучию начинает возникать только тогда, когда

люди начинают сознавать несоответствие Я-концепции своему актуальному реальному состоянию. Так, если человек считает себя честным, но совершит нечестный поступок, он будет ощущать тревогу с замешательством, чувством вины. Весьма вероятна и такая ситуация, когда человек испытывает тревогу, но причин ее не осознает. Тревожный человек — это человек, который смутно осознает, что признание или символизация определенных переживаний приведет к нарушению целостности его теперешнего Я-образа. Психологические личностные защиты и призваны к сохранению целостности Я-структуры.

Если переживания человека совершенно не согласуются с Я-концепцией (неконгруэнтность), то появляется сильная тревога и у него возникает невротическое расстройство. У "невротика" психологическая защита все-таки достаточно сильна и, хотя он и нуждается в помощи психотерапевта, Я-структура у него не является значительно нарушенной. При неэффективности психологической защиты и значительном разрушении Я-структуры у человека развивается психоз и он нуждается в помощи психиатра. Роджерс предполагает, что личностные расстройства могут возникать как неожиданно, так и постепенно. В любом случае, как только появляется серьезное несоответствие между "Я" и переживанием, защита человека перестает функционировать адекватно и ранее целостная структура Я разрушается.

Клиент! -центрированная недирективная психотерапия. В терапии личностных расстройств, по Роджерсу, для осуществления конструктивных личностных изменений требуется наличие следующих условий:

1. Наличие психологического контакта между психотерапевтом и клиентом.
2. Клиент неконгруэнтен, уязвим и тревожен, поэтому он и обратился за помощью.
3. Психотерапевт должен быть конгруэнтным, гармоничным и искренним во взаимоотношениях со своим клиентом.
4. Психотерапевт испытывает безусловное позитивное внимание к своему клиенту. Атмосфера процесса психотерапии должна создавать уверенность у клиента, что его полностью понимают и принимают.
5. Психотерапевт испытывает эмпатическое понимание внутренних переживаний своего клиента. Психотерапевт чувствует внутренний мир пациента так, как если бы он был его собственным внутренним миром.
6. Должна произойти передача клиенту эмпатического понимания и безусловного позитивного внимания психотерапевта. Бес-

смысленно испытывать подобные чувства к своему клиенту, если последний знать об этом не будет. Психотерапевт должен каждым словом, жестом стараться передать это отношение клиенту.

Роджерс утверждает, что именно клиент, а не психотерапевт ответственен за личностный рост и результаты психотерапии. Использование автором понятия "клиент" вместо "пациент" подчеркивает именно признание этого. Данный подход понятен всем, кто разделяет оптимистический взгляд Роджерса на человеческую природу — при наличии правильных условий человек сам стремится к движению в сторону личностного роста, актуализации и здоровья. Психотерапия, центрированная на личности, предназначена для того, чтобы устранить несоответствие (неконгруэнтность) между переживаниями и самостью.

Группы тренинга. Группы тренинга создаются для занятий со здоровыми людьми. Речь идет об использовании групповых форм взаимодействия людей не с терапевтическими целями, а для приобретения жизненного опыта и роста личности. Появление такого рода психокоррекционных групп обусловлено стремлением к самовыражению, характерным для гуманистического направления. Среди таких психокоррекционных групп могут быть выделены группы организационного развития (решения определенных проблем); группы подготовки руководителей, обучения межличностным умениям (социально-психологический тренинг); группы личностного роста и другие. Особенно большое внимание оказанию психологического содействия росту личности групповыми методами уделял К. Роджерс (1947). Его концепция "групп встреч", фокусированная на поиске аутентичности (подлинности) в выражении чувств, мыслей и поведения, тесно связана с его работами в области клиент-центрированной психотерапии.

При проведении занятий в группах тренинга считается, что группа — это реальный мир в миниатюре. В ней существуют те же жизненные проблемы межличностных отношений, поведения, принятия решений, разрешения конфликтов и т.п. Отличие от реальности заключено лишь в том, что в этой "лаборатории" каждый может быть и экспериментатором, и предметом эксперимента. Прежде всего группа тренинга человеческих отношений (Т-группа) учит тому, как учиться. Все члены группы вовлекаются в общий процесс взаимообучения, и они при этом научаются в большей мере полагаться друг на друга, чем на руководителя. Обучение тому, как учиться, включает в себя прежде всего процесс самораскрытия (расширения представлений о самом себе). Наиболее эффективной моделью для понимания этого процесса является "окно Джогари", названное так в честь его изобретателей Джозефа Лаф-та и Гарри Инграма.

Арена	Видимое
Слепое пятно	Неизвестное (скрытое)

Окно Джогари

В соответствии с моделью "Джогари" можно представить, что каждый человек заключает в себе четыре личностные зоны:

1) "Арена" — это то, что знают обо мне другие и знаю я сам, или личностное пространство, открытое для всех;

2) "Видимое" — это то, что известно только мне (например, мои страхи или любовные приключения), от других я это тщательно скрываю;

3) "Слепое пятно" — это то, что знают обо мне окружающие, мне это не видно (как в пословице: "В чужом глазу щепка видна, а в своем полена не замечает");

4) "Неизвестное" — это скрытое от всех (зона подсознательного), в том числе и латентные резервные ресурсы для личностного роста.

"Окно Джогари" наглядно демонстрирует необходимость расширять контакты, увеличивать "арену". В начале занятий "арена" обычно небольшая, но по мере нарастания сплоченности и взаимопонимания в группе она увеличивается, активизируются все лучшие личностные ресурсы. Получая сигналы обратной связи друг от друга, участники группы могут откорректировать собственное поведение, становятся более естественными в выражении своих чувств. Важным условием работы группы является сосредоточение внимания на принципе "здесь и сейчас". Актуально в группе только то, что в ней происходит. Создание различных экспериментально-групповых ситуаций позволит применить полученные знания и навыки социального взаимодействия и в реальной жизни (в семье, на производстве).

Раздел 5

ПСИХОЛОГИЯ РАЗВИТИЯ И ВОЗРАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Глава 20

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ

ПРЕДМЕТ И МЕТОДЫ ВОЗРАСТНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Возрастная психология изучает особенности психического развития человека в онтогенезе. Предметом ее исследования является возрастная динамика, ведущие закономерности и факторы развития и формирования личности на разных этапах его жизненного пути — от рождения до старости. В возрастной психологии обычно выделяют следующие разделы: детская, подростковая и юношеская психология, психология взрослого человека и геронтопсихология (геронтология — наука о старости).

В своем развитии человек проходит несколько возрастных периодов, каждому из которых соответствует расцвет определенных психических функций и свойств личности. Изучение в сравнительно-возрастном аспекте основных параметров нормального развития психики имеет большое практическое значение. Например, педагог получает возможность "расшифровывать" многие факты детского поведения, причины устойчивых ошибок определенного типа у некоторых учеников, особенности взаимоотношений детей со сверстниками и взрослыми, причины рассеянности внимания и др. Важное значение приобретает возрастная психология в выработке возрастного нормирования — готовность к школьному обучению, брачный возраст, выход на пенсию и т.п.

Возрастная психология тесно связана с медициной, так как психическое развитие неразрывно связано с физическим развитием. Для врача знание основных закономерностей становления психических процессов позволяет понять предпочтительность возникновения симптомов и синдромов нервно-психических расстройств и особенности качества их кли-

нических проявлений у детей и подростков, а также видоизменение психопатологических синдромов при заболеваниях у лиц пожилого возраста. Знание основных закономерностей возрастной динамики психики важно и для создания научно обоснованной системы профилактики и охраны психического здоровья.

В возрастной психологии (психологии развития) используются те же методы исследования, которые приняты в общей психологии: наблюдение, эксперимент, беседа, анализ продуктов деятельности, тесты и социально-психологические методы. Однако получение научных данных о возрастном развитии психических функций имеет свои особенности. Исследования в возрастной психологии могут проводиться по трем основным направлениям.

1. Большинство исследований в психологии развития проводится по принципу "поперечных срезов". В этих случаях определенные психологические характеристики изучаются в сравнительном аспекте в нескольких группах испытуемых, специально подобранных по признакам возраста и пола. Положительным в этом подходе является то, что за короткое время можно получить достоверные показатели о возрастных особенностях самых различных психических процессов. Однако при этом трудно учесть индивидуальные особенности испытуемых и мало можно узнать о самом процессе развития, его природе и движущих силах.

2. Продольное (лонгитюдное) исследование предполагает изучение одной и той же группы людей на протяжении длительного времени, что дает возможность установить качественные изменения в развитии психических процессов и личности. Швейцарский психолог Жан Пиаже выдвинул свою теорию интеллектуального развития (греч. "генезис") ребенка на основании многолетнего лонгитюдного исследования одной группы детей. Только с помощью этого метода можно понять, что из чего вырастает и образует, можно установить генетические (причинные) взаимосвязи между фазами развития. Недостатками этого подхода является его трудоемкость, и возможность изучения лишь небольшого количества испытуемых, что затрудняет распространение выводов на всю популяцию. Обычно рекомендуется сначала изучить общую тенденцию методом "поперечных срезов", а потом проводить про

дольное исследование.

3. Экспериментально-генетический подход (греч. "генезис" — происхождение, становление) в психологии развития означает изучение психики ребенка в процессе активного формирования тех или иных ее сторон. Здесь описывается и измеряется то или иное психическое явление, которое стремятся сформировать,

предполагая закономерности его развития в обычных условиях. Этот подход дает возможность проверить эффективность методов обучения и воспитания детей.

ПОНЯТИЕ ВОЗРАСТА В ПСИХОЛОГИИ

Возраст—важнейший атрибут существования любого физического тела. Возраст в психологии — категория, служащая для обозначения временных характеристик индивидуального развития. В отличие от хронологического возраста, в психологии возраст обозначает определенную, *качественно новую ступень* онтогенетического развития. Психологический возраст опосредуется социальными и биологическими факторами. Возрастные "прибавки" являются в действительности суммацией разнородных явлений роста: общесоматического, полового и нервно-психического созревания. Этот рост имеет место и в период зрелости, и в период старения, так как он конвергирует и пересекается со многими сложными явлениями социального и культурного развития человека в конкретных исторических условиях его существования.

Обозначение определенных этапов в систематиках возрастного развития свидетельствует лишь о том, что для данного возраста новыми и наиболее типичными являются определенные психические качества индивида. Датирование сроков начала и особенно окончания этапа является также весьма искусственным. В систематике возрастных этапов оправданно использовать метод "перехлестывания" возрастных периодов, а главным является последовательность стадий. Каждая стадия является периодом эволюции психики и одновременно типом поведения человека.

В нашей стране принята следующая периодизация возраста:

- 1) младенчество — от рождения до конца первого года жизни;
- 2) раннее (преддошкольное) детство—от 1 до 3 лет;
- 3) дошкольное детство — от 3 до 6-7 лет;
- 4) младший школьный возраст — от 6 до 10 лет;
- 5) подростковый возраст — от 10 до 15 лет;
- 6) юность—от 15 лет до 21 года, включает:
 - а) первый период (старший школьный возраст) от 15 до 17 лет;
 - б) второй период — от 17 до 21 года;
- 7) зрелый возраст:
 - а) первый период — от 21 до 35 лет;
 - б) второй период — от 35 до 60 лет;
- 8) пожилой возраст—от 60 до 75 лет;
- 9) старческий возраст—от 75 до 90 лет;
- 10) долгожители—от 90 лет и старше.

ВОЗРАСТНАЯ ЭВОЛЮЦИЯ МОЗГА И ПСИХИКИ

Эволюция человека как биологического вида исключительно сложна. Из всех живых существ у человека новорожденный самый беспомощный, а детство у него — самое продолжительное. В то же время у человека самая высокая способность к обучению, к творчеству. В эволюционном плане обучаемость в животном мире тесно связана с увеличением размеров и усложнением функций коры больших полушарий мозга. Наибольшее развитие кора головного мозга получила у человека. Этот отдел мозга был наименее специализированным и, следовательно, оказался наиболее пригодным для фиксации личного опыта.

Динамика возрастного развития у человека наиболее интенсивна в раннем возрасте. Масса мозга новорожденного составляет 350 г, к 18 месяцам она увеличивается в 3 раза, а к 7 годам достигает 90% массы взрослого человека, т.е. 1350 г. В анатомическом отношении мозг новорожденного и мозг взрослого человека существенно отличаются. А это означает, что в процессе индивидуального развития происходит возрастное усложнение мозговых структур. Однако и после завершения морфологического созревания нервной системы у человека остаются огромные возможности для совершенствования, перестройки и нового образования функциональных систем на основе этой первичной структуры мозга как совокупности морфологически относительно неизменных нервных элементов.

Изучение развивающегося мозга позволяет условно говорить о "биологическом каркасе личности", который влияет на темп и последовательность становления отдельных личностных качеств. "Биологический каркас личности" — понятие динамическое. Это, с одной стороны, генетическая программа, постепенно реализующаяся в процессе взаимодействия со средой, а с другой стороны, промежуточный результат такого взаимодействия. Динамичность "биологического каркаса" особенно наглядна в детстве. По мере взросления биологические параметры все более стабилизируются, что дает возможность разрабатывать типологию темпераментов и других личностных характеристик.

Различные особенности мозговой деятельности генетически детерминированы, однако эта генетическая программа всего лишь тенденция, возможность, которая реализуется всегда с какими-то модификациями, зависимыми от условий внутриутробного развития и факторов внешней среды после рождения. И все же влияния этих факторов не беспредельны. Генетическая программа определяет этот предел, который принято называть *нормой реакции*. Напри-

мер, такие функциональные системы, как зрительная, слуховая, двигательная, могут существенно различаться в нормах реакции. У одного человека от рождения присутствуют задатки абсолютного музыкального слуха; другого нужно обучать звукоразличению, но выработать абсолютный слух так и не удастся. Говоря о вариантах нормы реакции отдельных функциональных систем, следует указать на их относительную независимость друг от друга. Можно прекрасно понимать музыку, но плохо выражать ее в движениях. "Биологический каркас", таким образом, в известной степени предопределяет контуры того будущего ансамбля, который и зовется личностью.

На каждом возрастном этапе какие-то функциональные системы развиваются быстрее, другие медленнее. Если какой-то возрастной этап представить как финишную черту, то можно видеть, что к данному финишу различные функциональные системы приходят с разной степенью зрелости, совершенства. Одни уже почти оформились, а другие только начинают формироваться. В этом заключается **принцип гетерохронности**, неодновременности созревания отдельных функциональных систем мозга и психики. Зрительное восприятие, например, совершенствуется быстрее, чем слуховое или вкусовое, а способность понимать обращенную речь возникает раньше, чем умение говорить.

Несмотря на то что каждая функциональная система и даже ее отдельные звенья имеют собственные программы развития, мозг во все периоды работает как единое целое. Эта интегративность предполагает тесное взаимодействие разных систем и их взаимную обусловленность. Мозг, оставаясь единым в своей деятельности, на каждом этапе возрастного развития работает иначе, устанавливается иной уровень межсистемных взаимодействий. Появление новых форм реагирования сопровождается угасанием, редукцией старых. Причем оба процесса — обновление и редукция — должны быть тонко сбалансированы. Важная роль сбалансированности процессов редукции и обновления особенно наглядно выступает в двигательном развитии детей первого года жизни. У новорожденного имеются врожденные позотонические автоматизмы, влияющие на мышечный тонус в зависимости от положения головы в пространстве. К третьему месяцу жизни они угасают, уступая новым формам регуляции мышечного тонуса. Если они не исчезают в нужное время, то их следует рассматривать как аномальные, так как они препятствуют удерживанию головы и далее формируется целая цепочка патологических явлений: нарушается развитие зрительного и вестибулярного аппаратов; затрудняется выработка умения сидеть. В результате

искажается вся схема двигательного развития, и в итоге может пострадать и умственное развитие.

Редукция часто не означает полного исчезновения врожденных автоматизмов или приобретенных функций, а подразумевает их включение в более сложные функциональные ансамбли. Иногда могут возникать ситуации, когда первичный автоматизм еще сохраняется, но не нарушает общей схемы развития. Иная картина бывает в случаях, когда запаздывание редукции сочетается с замедлением формирования новых реакций. Тогда возникают реальные возможности для ненормальной гипертрофии каких-то отживших способов реагирования, регулирования функций. Таким образом, наряду с гетерохронностью развития отдельных функциональных систем необходима и определенная *синхронность* в их взаимодействиях: на каждом этапе возрастного развития отдельные системы должны находиться в определенной степени зрелости. Пусть эти степени различны, но различия должны быть согласованы, иначе не произойдет полноценного слияния систем в единый ансамбль.

Моменты, во время которых происходит оформление ансамблей, нередко называют **критическими периодами развития**, так как на данных отрезках времени еще не сформированная функция наиболее ранима. Например, способность к усвоению речи ограничена во времени. Если своевременно не распознана врожденная тугоухость, то интенсивность предречевых действий (гуление, лепет) снижается уже к концу первого года жизни, т.к. нет адекватного подкрепления их со стороны взрослых. Такой ребенок переходит на язык жестов и трудно усваивает разговорные навыки. Если речевая функция не оформилась к 4-5 годам, дальнейшее речевое развитие ставится под большую угрозу. В развитии других функциональных ансамблей существуют аналогичные критические периоды. Анализ критических периодов позволяет лучше понять сущность многих отклонений, с которыми встречается клиническая практика.

ОСНОВНЫЕ ТЕОРИИ ВЗРОСЛЕНИЯ

Развитие является результатом параллельных процессов — *внутреннего созревания* (ЦНС, эндокринной системы, нервно-мышечного аппарата) и *внешнего воздействия* окружающей среды (например, родителей и учителей), которые могут либо способствовать, либо препятствовать нормальному развитию ребенка. Отсюда ядром большинства теорий психического развития является выявление его движущих сил, т.е. роли соотношения внутренних

(наследственных) и внешних (среды, научения) факторов в становлении человека.

В многолетней дискуссии по этим вопросам определилось несколько крайних точек зрения: 1) *биологизаторское направление*— главное значение в становлении психики и поведения приписывается эволюционным преобразованиям генетически заложенных в организме задатков; 2) *социологизаторское направление*—полностью отрицает значение генетических факторов в развитии и утверждает, что любые психологические и поведенческие свойства развиваются только под влиянием обучения и воспитания; 3) *промежуточная точка зрения на процессы взросления* — попытки объединить предыдущие теории, при этом более важным считается ответ на вопрос *о соотношении* биологических и социальных факторов в индивидуальном развитии ребенка (теория конвергенции, стохастические и функциональные теории взросления).

Теории конвергенции — Вильямом Штерном выдвинут принцип конвергенции (сближения) генетических и средовых факторов при индивидуальном развитии. По его мнению, оба фактора в равной мере значимы для психического развития ребенка и определяют две линии. Эти линии развития, т.е. созревание наследственных данных и развитие под влиянием воспитания, пересекаются. Следует, однако, отметить, что в теориях конвергенции чаще всего определяющая роль оставляется за наследственностью, а среда является только регулятором условий, в которых эта наследственность реализуется.

В *стохастических (вероятностных) теориях* развития утверждается, что конечный результат развития, достигаемый на каждой его ступени, изначально в генотипе не заложен. Изменения, происходящие на каждой ступени развития, связаны и с генотипом, и со средой, но сами по себе определяются случайным стечением обстоятельств в жизни индивида. То, что он приобретает на каждой ступени развития, зависит в основном лишь от уровня, которого организм достиг на предыдущей стадии развития.

Функциональные теории развития утверждают, что формирование и преобразование той или иной функции определяется тем, как часто она используется в жизни организма. В них в качестве основного принципа выступает положение об определяющей роли образа жизни в развитии психики. Известным примером теории последнего типа является культурно-историческая теория развития высших психических функций отечественного психолога Л.С. Выготского. Он подчеркивал единство наследственных и социальных моментов в процессе развития. Наследственность присутствует в развитии всех психических функций ребенка, но имеет как бы разный удельный вес

в них. Элементарные функции (начиная с ощущений и восприятий) больше обусловлены наследственно, чем высшие (произвольная память, логическое мышление, речь). Высшие функции практически полностью являются продуктом культурно-исторического развития человека. Чем сложнее психическая функция, тем длиннее путь ее онтогенетического развития, тем меньше сказывается на ней влияние наследственности. Таким образом, психическое развитие здесь не определяется простым механическим сложением биологических и социальных факторов — их единство динамично, функционально и изменяется в процессе самого развития.

Биологизаторские теории. Биогенетические теории исходят из представления, что все психические особенности являются врожденными и все этапы развития наследственно предопределены. Они рассматривают развитие как поэтапное и последовательное раскрытие задатков. В их основе лежат эволюционные идеи Ч. Дарвина (1809-1882) и биогенетический закон Эрнеста Геккеля (1834-1919), согласно которому онтогенез (индивидуальное развитие) повторяет филогенез (историческое развитие). Эти представления были заимствованы психологией развития и педагогикой. Так, термин "детский сад", введенный педагогом Фребелем (1782-1852), отражает следующий ход мыслей: дети, подобно растениям в саду, растут и созревают в соответствии с врожденным планом при наличии подходящих условий (хорошая почва, солнце и дождь).

Биогенетические теории опираются исключительно на соматические данные, которые неоправданно обобщаются. Применимость моделей роста и созревания для характеристики развития мозга и двигательных функций сомнения не вызывает, однако уже в эмоциональной и когнитивной сферах они представляются слишком ограниченными. Ряд теорий даже утверждают, что социальные формы поведения представлены в человеке особыми генами, отобранными в процессе эволюции. Биологизаторские теории все недостатки воспитания списывают на "плохую наследственность", против которой человек бессилён.

Психоаналитические теории. Классический психоанализ рассматривает психическое развитие в связи с биологическими изменениями и созреванием мощной либидиозной энергии, под влияние которой попадает ребенок, обучающийся направлять эти силы по определенным каналам, причем при этом задействованы бессознательные защитные механизмы. С помощью последних "Я" защищает себя от подчинения силам "Оно", осуществляя процесс приспособления через идентификацию первоначально с родителями, а затем другими взрослыми и ровесниками, которые кажутся подходящими на роль образца. Если этот процесс протекает успешно, то взросление протекает без особых проблем. В противном случае энергия либидо может быть направлена против самого себя, что приводит к регрессии или неврозу.

Согласно классическим психоаналитическим теориям основное содержание процесса развития состоит в адаптации Я-функций (т.е. личности) к инстинктам, в достижении между ними равновесия. В конечном счете у этих теорий сугубо биологические корни. Социальные моменты учитываются лишь постольку, поскольку другие (взрослые или ровесники) становятся объектами перенесения на них либидиозной энергии.

Неофрейдистские концепции. В отличие от классического психоанализа, в неофрейдизме большое значение придается Я-функциям, причем последние связываются с влиянием социальных факторов. Большое внимание к процессам личностного развития уделяется в теориях *индивидуализации* П. Блоса (1967) и *идентичности* Э. Эриксона (1959). В теории Блоса индивидуализация бывает успешна лишь в том случае, когда индивиду удастся освободиться от привязанностей раннего детства, а взросление — как бы повторное переживание конфликтов, свойственных предыдущему переходному периоду. По мнению Эриксона, детское и юношеское развитие очень сильно зависит от социального окружения. В период взросления у человека закономерно наступают кризисы идентичности, т.к. перед ним встает множество задач (физическое созревание, усвоение роли взрослого, выбор профессии и т.п.), крайне затрудняющих поиск своего собственного "Я", собственную идентификацию. Центральной темой индивидуального развития и существования является постоянное стремление к собственной идентичности и ее сохранение. Большое значение Эриксон придавал ролям и ролевому поведению, что связывает его подход с социологическими теориями взросления.

Социологизаторские теории.

Социологизаторское направление берет начало от теории "tabula rasa" ("чистая доска") философа XVII века Джона Локка, согласно которой психика человека при рождении является "чистой белой восковой доской", но под влиянием внешних условий появляются ("пишутся") все психические качества. Все люди рождаются одинаковыми по природным данным, а неравенство между ними по уму и нравственности определяется только воспитанием.

В социологических теориях взросления главной детерминантой развития считается окружение индивида. При этом социальным процессам приписывается решающее значение для развития человека, которое как бы отражает "состояние общества". Например, в *теории ролей* (Hofstatter P., 1957) развитие индивида заключается главным образом в формировании определенного ролевого репертуара, который и составляет значительную часть его "Я". "Роль" рассматривается как внутренне связанная последовательность разных форм поведения, настроенная на соответствующую последовательность действий других людей. Роли возникают, стабилизируются и дифференцируются в результате общественных процессов.

ОТЕЧЕСТВЕННЫЕ КОНЦЕПЦИИ РАЗВИТИЯ ПСИХИКИ

В нашей стране в 20-е годы 20 в. складывались концепции развития психики, ориентированные на анатомо-физиологические изменения организма ребенка. Эта тенденция получила свое наиболее полное выражение в **педологии** (от греч. paidos — дитя) как течения в психологии и педагогике. Ее содержание составляли также разнообразные данные психологического и социологического характера в возрастном аспекте, однако все они оказались связанными между собой чисто механически. В рамках педологии был накоплен большой эмпирический материал о развитии и поведении детей, ценным являлось и стремление изучать возрастное развитие в условиях комплексного подхода.

В 30-е годы деятельность педологов-практиков в СССР была подвергнута резкой критике, а педология объявлена "псевдонаукой" и прекратила свое существование, что существенно затормозило развитие отечественной педагогической и возрастной психологии.

Первая попытка системного анализа категории психического возраста в нашей стране принадлежит психологу Л.С. Выготскому (1896-1934). В основе его учения лежит т.н. **культурно-историческая концепция развития**. Если в филогенезе можно проследить две линии развития: биологическая эволюция животных и историческое развитие человечества, то в онтогенезе эти две линии едины. Эволюция человека обязана в первую очередь механизмам социального наследования, усвоению опыта и знаний предыдущих поколений. Согласно концепции Л.С. Выготского, главная закономерность онтогенеза психики состоит в интериоризации ребенком структуры его внешней, т.е. совместной со взрослыми и опосредованной знаками, деятельности. В итоге прежняя структура "натуральных" психических функций изменяется — опосредуется речью и другими интериоризированными знаками, психические функции становятся "культурными".

По мнению Л.С. Выготского, для нормального психического развития ребенка обучение должно всегда идти несколько впереди его собственных возможностей. Обучение наиболее эффективно тогда, когда оно создает **"ближайшую зону развития"**, под которой понимается разница между тем, что ребенок может делать сам и что только при помощи взрослых. Ключевой характеристикой психологического возраста он считал **"социальную ситуацию развития"**, т.е. место ребенка в системе общественных отношений, **ведущую деятельность ребенка** и новообразования (возрастные "прибавки") в сфере сознания и личности. Процесс перехода от

одной ступени к другой предполагает глубокое преобразование всех этих структурных компонентов и может сопровождаться более или менее выраженными конфликтами и противоречиями — *возрастными кризисами*.

Кризисные и стабильные периоды развития чередуются. Поэтому возрастная периодизация Л.С. Выготского имеет следующий вид: кризис новорожденности — младенческий возраст (2 мес. — 1 год), кризис 1 года — раннее детство (1-3 года) — кризис 3 лет — дошкольный возраст (3-7 лет) — кризис 7 лет — школьный возраст (8-12 лет) — кризис 13 лет — пубертатный возраст (14-17 лет) — кризис 17 лет.

Неравномерность темпов развития различных сторон может приводить к нередким расхождениям в степени физической, психологической или социальной зрелости индивида, обуславливая явления акселерации, инфантилизма или задержки психического развития. Возрастные ступени отличаются относительностью, условной усредненностью, что не исключает, однако, индивидуального своеобразия психического облика человека соответствующего возраста.

Д.Б. Эльконин (1904-1984), развивая идеи Л.С. Выготского (социальная ситуация развития, ведущая деятельность и центральное возрастное новообразование), пришел к выводу об исторически возникшем расщеплении единого процесса усвоения общественного опыта на две взаимосвязанные стороны: усвоение мотивов, задач деятельности и усвоение операционно-технической ее стороны. Например, ведущей деятельностью дошкольника является игра, но если в младшем дошкольном возрасте в процессе игры ребенок больше сосредоточен на познании предметов и их свойств (предметно-манипулятивный тип деятельности), то в среднем и старшем дошкольном возрасте ребенок более поглощен ролевыми играми, связанными с познанием взаимоотношений между людьми, а это формирует у него и новые потребности.

В 70-е годы Д.Б. Элькониным была предложена возрастная периодизация развития психики, основанная на смене ведущих деятельностей: игры (дошкольники), обучения (младшие школьники), интимно-личностного общения (подростки) и учебно-профессиональной деятельности (юноши). Его классификация позволяла раскрыть механизм смены возрастных периодов, исходя из диалектического положения о движущих силах развития как борьбы противоположностей между новыми потребностями и старыми возможностями их удовлетворения. Механизм смены периодов заключается в изменении соответствия между уровнем развития отношений с окружающими и уровнем знаний и способов действия. Например, взаимодействие уровня познавательной сферы

младшего школьника и овладение новыми действиями приводит в подростковом возрасте к потребности изменения содержания и способов отношений с окружающими и необходимости со стороны взрослых изменить отношение к подростку.

Периодизация психического развития (по Д.Б. Эльконину)

1. Младенческий возраст (0-1 год). Ведущей деятельностью является непосредственное эмоциональное общение. Внутри и на фоне его формируются ориентировочные и сенсомоторно-манипулятивные действия (взаимокоординация различных ощущений и восприятий — зрительных, слуховых, проприорецептивных и др.). Важным новообразованием этого возраста является формирование потребности в общении с другими людьми и определенное эмоциональное отношение к ним.

2. Раннее детство (1-3 года). Ведущая деятельность — предметно-манипулятивная. В ней ребенок в сотрудничестве со взрослыми овладевает общественно выработанными способами действий с предметами. Главным новообразованием возраста является развитие речи и наглядно-действенного мышления.

3. Дошкольный возраст (3-7 лет). Ведущая деятельность — ролевая игра, в процессе которой ребенок овладевает "фундаментальными смыслами человеческой деятельности", нормами отношений между людьми. Здесь же формируется такое новообразование как стремление к общественно значимой и общественно оцениваемой деятельности, что будет характеризовать и его готовность к начальному обучению.

4. Младший школьный возраст (7-11 лет). Ведущая деятельность — учение. В процессе учения совершенствуется память, усваиваются знания о предметах и явлениях внешнего мира, человеческих взаимоотношениях. Главными новообразованиями этого возраста являются произвольность психических явлений, способность формирования внутреннего плана действия, формирование рефлексии.

5. Подростковый возраст (11-15 лет). Ведущая деятельность — общение в системе общественно полезной деятельности, учебной или трудовой. В этом процессе подросток овладевает навыками общения в самых различных ситуациях. Важнейшими

новообразования
ми этого возраста являются формирование
самооценки, стремление
к "взрослости" и самостоятельности, умение
подчиняться нормам
коллективной жизни.

6. Старший школьный возраст (15-17 лет). Ведущая
деятельность—
учебно-профессиональная, в процессе которой
формируются такие
новообразования, как мировоззрение,
профессиональные интересы,
самосознание, мечты и идеалы.

Концепция Д.Б. Эльконина получила дальнейшее развитие в работах Д.И. Фельдштена (1989), который более детализировал картину периодизации детского развития и сделал акцент на развитие личности, а не познавательных процессов. В целом в развитии детей, независимо от того, в рамках какой периодизации мы его представляем, существует два довольно выраженных резких перехода: "кризис трех лет" (переход от раннего детства к дошкольному) и "кризис подросткового возраста" (переход от младшего школьного возраста к подростковому, период полового созревания).

Периодизации индивидуального развития в психиатрии

Изучение в сравнительно-возрастном аспекте параметров нормального развития психики и предпочтительности возникновения синдромов нервно-психических расстройств у детей и подростков привело к созданию ряда классификаций периодизации психического развития. По мнению В.В. Ковалева (1969,1973), патогенетическую основу преимущественных для разных возрастных периодов проявлений психических расстройств составляет механизм сменности качественно различных уровней патологического нервно-психического реагирования на те или иные вредности. Им выделены четыре основных возрастных уровня нервно-психического реагирования.

1. Для соматовегетативного уровня реагирования (0-3 года) характерными являются различные варианты невропатического синдрома (возбудимость, склонность к расстройствам пищеварения, питания, сна, навыков опрятности и т.п.). Преимущественно соматовегетативный уровень реагирования у детей раннего возраста находит свое объяснение в более раннем завершении формирования регуляции вегетативных функций в онтогенезе, значительно опережающего формирование регуляции моторных функций.

2. К психомоторному уровню реагирования (4-10 лет) относятся проявления гипердинамического синдрома, системные невротические и неврозоподобные двигательные расстройства — тики, заика, мутизм и др. Выделение данного уровня соответствует данным возрастной морфологии и физиологии, свидетельствующим о наиболее интенсивной дифференциации функций двигательного анализатора в этом возрасте.

3. Для аффективного уровня реагирования (7-12 лет) характерны синдромы страхов, повышенной аффективной возбудимости, уходов и бродяжничества.

4. Эмоционально-идеаторный уровень

реагирования (12-16 лет) уже проявляется сверхценными образованиями типа патологических реакций (протеста, эмансипации и т.п.), дис-

морфофобии, психической анорексии, "философической интоксикации" и др.

Симптоматика, свойственная каждому последующему уровню, не исключает проявлений предшествующих уровней реагирования, однако отодвигает их на второй план и так или иначе видоизменяет.

Наиболее детально разработанной является систематика психического развития ребенка, предложенная известным детским психиатром Г.К. Ушаковым (1973). Формирование психики ребенка он также подразделяет на четыре периода: моторный (до 1 года), сенсомоторный (1-3 года), аффективный (3-12 лет) и идеаторный (12-14 лет).

Моторный этап развития психики весьма непродолжителен (до 1 года), хотя совершенствование моторики и ее дифференциация происходят на протяжении всей жизни индивида. Реакции ребенка в первые месяцы жизни являются по сути рудиментами последующих психических реакций.

На внешние раздражители ребенок отвечает диффузными двигательными реакциями (крик, плач, двигательное беспокойство). Даже так называемая реакция страха новорожденного представляет собой два типа движений: с преобладанием реакции флексоров (мышц-сгибателей), либо экстензоров (мышц-разгибателей). Уловить разницу между "реакцией страха" и рефлексом Моро (рефлекс обхватывания) у новорожденного часто не удается.

Сенсомоторный этап развития психики (1-3 года). С 6 месяцев до 6-7 лет значение формирующихся моторных реакций продолжает оставаться ведущим, однако они утрачивают свой чисто двигательный характер и становятся более сложными "сенсомоторными актами" (позднее, совершенствуясь, они станут психомоторными, т.е. будут носить осознанный характер).

Сенсомоторные реакции отличаются овладением целенаправленности движений, что в будущем приводит к волевым действиям. Развиваются органы чувств, внимание, формируется мышление, представления о настоящем и прошлом, первичное сознание "Я" (элемент самосознания, 3-3,5 года). Наиболее отчетливый признак окончательного завершения сенсомоторного периода развития — формирование у ребенка представления "схемы тела" (к 6-7 годам).

Аффективный этап развития психики (с 3 до 12 лет). Высшие (эпикритические) аффекты, в отличие от простых (органических), никогда не возникают без образа, представления, а позднее и без понятия, т.е. вовлечения в переживание идеаторной (рассудочной, когнитивной) сферы. Аффективный этап начинается оформление в виде эпикритической эмоциональности с 3-х лет: осваиваются эмоцио-

нальные реакции протеста, негативизма, демонстративного поведения, излишней аффектации или молчаливости. К 6-7 годам детская непосредственность меняет свои качества. Она все чаще получает выражение в аффективной окраске тех или иных форм деятельности ребенка. В 10-11 лет лабильность аффекта, добродушие и детская увлеченность становятся менее выраженными. Аффективность приобретает постоянно-индивидуальный характер, и можно четко выявить два типа поведенческих реакций. У одних детей преобладают черты экстравертированности, и они более общительны. У других преобладает интровертированность, и они более молчаливы.

Идеаторный этап развития психики начинается еще в глубине сенсомоторного этапа, однако истинное его начало должно быть датировано возрастом 11-12 лет. С этого времени у ребенка обычно появляется возможность строить сложные умозаключения и упрочняется феномен "удвоенности реальности". Последний означает сформировавшийся у ребенка навык оперировать объектами внешней реальности, с одной стороны, и реальностью субъективной (мыслимой, представляемой), с другой. Обе эти реальности взаимопроникают друг в друга.

В подростковом возрасте (12-16 лет) доступна способность рассуждать, последовательно обсуждая факты и вскрывая закономерности. Подросток утверждает себя, противопоставляя себя другим. Это часто приобретает характер своего мнения, концепции. Он осознает себя как личность, и это порождает небывалые возможности для рефлексии. Сознание индивидуальное начинает приобретать характер сознания коллективного, общественного. В эмоциональной сфере формируются эстетические, этические и интеллектуальные чувства.

Расстройства психики у детей имеют разные качества в зависимости от возраста и объема поражения. Нарушение психического функционирования на ранних этапах постнатального онтогенеза не может вызвать тех типов расстройств, для оформления которых необходима определенная степень зрелости аффективного и идеаторного уровней развития психики. Для человека же зрелого возраста правилом становится следующая тенденция: чем больше объем поражения, тем более глубокие уровни психики, при прочих равных условиях, оказываются поврежденными.

Глава 21

ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ДО ПОСТУПЛЕНИЯ В ШКОЛУ

В развитии ребенка до поступления в школу принято выделять три стадии: младенчество (с рождения до 1 года), раннее детство (от 1 до 3 лет) и дошкольный возраст (от 3 до 6-7 лет). Для каждой стадии психического развития ребенка характерны свои особенности, но есть и общие черты. Главная из них—это чрезвычайно высокая интенсивность психического развития ребенка, сопоставимая по темпам с развитием в течение всей последующей жизни. Другая общая особенность—высокая уязвимость и ранимость организма и психики ребенка.

Строго говоря, в развитии следует выделять и **пренатальный этап** — период до рождения ребенка. В его рамках 1-8 день считается *начальным периодом*, 9 день—начало 9 недели—*эмбриональным периодом* (образование плаценты) и 9-3 8 недели—*плодным периодом*, который заканчивается рождением ребенка. Плодный период характеризуется активным развитием всех органов плода, с 11-й недели у него появляются рефлексорные движения. На 28-й неделе плод начинает совершать нервное реагирование: вздрагивает при резких звуках, движениях матери, как бы сопереживает вместе с ней ее различные эмоциональные состояния.

Хотя механизмы влияния психического состояния матери на плод на сегодняшний день еще недостаточно изучены, но ясно, что эта связь существует и о последствиях ее влияния на психическое развитие ребенка нужно серьезно задуматься. Поэтому важно как в период подготовки к зачатию, так и в течение всего периода беременности создавать для женщины ощущение психического и физического комфорта.

Психотерапия дает некоторые рекомендации: в пренатальный период желательно слушать спокойную музыку, полезно чаще смотреть на красивые вещи (произведения искусства, предметы домашнего обихода), бывать на природе. Во взаимоотношениях с окружающими должны доминировать положительные эмоции. Особая роль в этом принадлежит отцу ребенка. Важно заметить, что ребенок должен быть желанным для супругов и окружен заботой еще до своего рождения.

ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА ОТ РОЖДЕНИЯ ДО КОНЦА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Сразу после рождения ребенок вступает в особый и краткий в младенчестве период новорожденное[™]. У новорожденного отмечается преобладание врожденных форм поведения, и лишь начиная с 3-

месячного возраста (иногда раньше) у него постепенно развиваются две функциональные системы — социальных и предметных контактов. Появление этих форм взаимодействия с окружающим миром и знаменует собственно младенческий период.

Новорожденный

Сразу после рождения ребенок оказывается в новой среде со сниженной температурой, меняются типы дыхания и питания. От вегетативного существования он переходит к новым условиям с большим количеством раздражителей. Все это является для новорожденного большим стрессом — с напряжением работают все его функциональные системы, весь организм.

Период новорожденное™ — единственный период жизни человека, когда наблюдаются только врожденные, инстинктивные формы поведения, направленные на удовлетворение органических потребностей, обеспечивающих выживание. Все другие рефлексы и автоматизмы, имеющиеся при рождении, можно разделить на четыре основные группы:

1) рефлексы, обеспечивающие основные потребности организма: сосательный, оборонительный, ориентировочный и специальные двигательные — хватательный, опорный и переступания;

2) защитные рефлексы: сильные раздражения кожи вызывают отдергивание конечности, мелькание перед глазами и увеличение яркости света приводят к сужению зрачка;

3) ориентировочно-пищевые рефлексы: прикосновение к губам и щекам голодного ребенка вызывает реакцию поиска;

4) атактильные рефлексы: цеплятельный, отталкивания (ползания), плавание (новорожденный с первых минут жизни свободно передвигается в воде).

По сравнению с представителями других форм жизни, у человека при рождении имеет место относительная бедность врожденных форм поведения, что представляет не слабость, а силу, так как имеются большие возможности для освоения ребенком поведения иного типа, которое возникает на основе научения.

Безусловные рефлексы, обеспечивая выживание, получены в наследство от животных и в дальнейшем включаются составными элементами в другие, более сложные формы поведения. Только на основе атактильных рефлексов у ребенка ничего не развивается. Так, цеплятельный рефлекс (сжатие ручки на раздражение ладони) исчезает раньше, чем появляется хватание (сжатие ручки на раздражение пальцев). Рефлекс ползания (при упоре на подошвы)

также не развивается и не служит для передвижения — ползание начнется позже с движений руками, а не отталкивания ногами. Все атавистические рефлексy обычно угасают в первые три месяца жизни.

Сразу после рождения у ребенка уже имеются ощущения всех модальностей, элементарные формы восприятия, памяти, и благодаря им становится возможным дальнейшее познавательное и интеллектуальное развитие. Ощущения новорожденного недифференцированы и неразрывно связаны с эмоциями, что дало возможность Л.С. Выготскому говорить о "чувственных эмоциональных состояниях или эмоционально подчеркнутых состояниях ощущений".

У животных обычно раньше формируются движения и позже начинают функционировать анализаторы, а у человека, напротив, деятельность анализаторов формируется гораздо быстрее, чем формируются сложные двигательные акты.

На третьей—пятой неделе можно заметить у ребенка попытки сосредоточения взгляда, появляется избирательная реакция на предметы и человека. Вначале эти реакции подчинены задаче жизнеобеспечения, но в дальнейшем они становятся более разнообразными. Во время зрительного и слухового сосредоточения происходит торможение хаотических и импульсивных движений, что становится возможным благодаря созреванию мозга. Если ребенок не получает достаточного количества внешних впечатлений ("сенсорный голод"), то его развитие задерживается.

С первых минут жизни фиксируются у ребенка отрицательные эмоции, связанные с необходимостью удовлетворения элементарных потребностей (пища, тепло), и лишь в конце первого—начале второго месяца жизни у ребенка появляются положительные эмоции в ответ на ласковые слова, улыбку взрослого и при сосредоточении на яркой игрушке. Удовлетворение органических потребностей только снимает отрицательные эмоции, но не вызывает положительных.

В начале второго месяца ребенок реагирует на взрослого человека, а потом уже и на физические объекты в виде отдельных поведенческих реакций типа сосредоточения, замирания (торможение хаотических движений), появляется улыбка или гуление. На третьем месяце жизни эта реакция становится комплексной и основной формой поведения, называемой *"комплексом оживления"*. При этом ребенок сосредотачивает взгляд на человеке и оживленно двигает ручками и ножками, издает радостные звуки. Это говорит о появившейся у ребенка потребности эмоционального общения со взрослыми — первой его социальной потребности. Возникновение

"комплекса оживления" считается условной границей между ново-рожденностью и младенчеством.

Очень важно, чтобы взрослые относились к ребенку как к способному понять их, так как ведущее значение для его развития имеет общение с людьми, новые впечатления. Если ребенок в первые месяцы получает от взрослого достаточное внимание, то его психическое развитие протекает быстрее. Во время бодрствования он активно улыбается, рано начинает гулить, "комплекс оживления" появляется своевременно. Отсутствие эмоциональных контактов со взрослыми даже у здорового и ухоженного ребенка (*эмоциональная депривация*) приводит к задержке появления "комплекса оживления", а также задержке двигательного, умственного и даже физического развития. Такое отставание возможно при длительном нахождении ребенка в больнице без матери (*"госпита-лизм"*), недостаточном внимании к нему в семьях душевнобольных, злоупотребляющим алкоголем родителей. У таких детей часто имеются симптомы неврозов, и они чаще болеют соматическими заболеваниями.

Поскольку в течение периода новорожденное™ в поведении ребенка доминируют рефлексы разного рода (сосательный, хватательный, рефлекс Моро, асимметричный шейно-тонический, автоматическая походка и другие), которые со временем исчезают из репертуара поведенческих реакций ребенка, их оценка находится в компетенции педиатра и детского невропатолога. Эти рефлексy отражают состояние и процесс созревания нервной системы, что является важным фактором, обеспечивающим анатомо-физиологическую основу будущей психической деятельности.

Младенец

Появление "комплекса оживления" у новорожденного знаменует переход его на новую ступень развития — младенчество. Младенец, как и новорожденный, полностью зависит от взрослого как в удовлетворении органических потребностей, так и в получении разнообразных сенсорных впечатлений. Психические процессы у него складываются под решающим влиянием условий жизни на основе подражания. Именно в младенчестве начинают формироваться и развиваются функциональные системы социальных и предметных контактов ребенка.

Общение со взрослыми. С 4-5 месяцев общение со взрослыми становится избирательным, ребенок научается отличать "своих" от "чужих". При правильном воспитании непосредственное общение сменяется общением по поводу предметов, игрушек, что и становится основным в совместной деятельности ребенка и взрослого. Потребность в общении у младенца формируется под влиянием двух условий:

1)необходимости в уходе и заботе — ребенок после рождения нуждается в постоянном удовлетворении органических потребностей, и он научается с помощью плача и различных движений, которые обращены к конкретному взрослому человеку, получать все необходимое для устранения физического дискомфорта (голода, боли и т.п.);

2)поведении взрослого, обращенного к ребенку. Взрослый обращается к ребенку, как бы вовлекая его в общение, — разговаривает, ждет ответа. Основными средствами общения со стороны ребенка здесь являются экспрессивные действия—улыбка, двигательная реакция. Взрослый оценивает их, что-то поощряет или грозит, учит.

Нарастающая потребность в общении постепенно вступает в противоречие с выразительными возможностями ребенка, что приводит сначала к пониманию речи, а потом и овладению ею.

Усвоение речи. Повышенный интерес к человеческой речи фиксируется у ребенка с первых месяцев жизни. Потребность в общении является основой для ее усвоения: ребенок прислушивается, когда с ним говорят. В возрасте около 1 месяца новорожденный обычно начинает произносить какие-либо простые звуки типа "а-а", "у-у", "э-э". Примерно в 2-4 месяца у ребенка возникает гукание (произношение простых слогов), затем в 4-6 месяцев гуление (повторение простых слогов). Во втором полугодии появляется лепет, а в 9-10 месяцев в речи начинают фиксироваться первые слова. Интонации в голосе взрослых ребенок замечает в 4 месяца, а интонации в голосе ребенка замечаются с 7 месяцев.

С середины младенческого возраста ребенок начинает понимать отдельные слова. Взрослые помогают ему в этом, когда спрашивают: "Где то-то?" и тут же показывают нужный предмет. К концу первого года жизни ребенок начинает понимать связь между самим предметом и его названием (начальная форма понимания речи). С 10-месячного возраста в ответ на называние взрослыми какого-либо предмета ребенок берет его и протягивает взрослому. Это уже свидетельствует о появлении, наряду с эмоционально-жестовым общением, новой формы общения — предметного общения. Эта форма общения очень важна, так как на ее основе появляется возможность совместной предметной деятельности со взрослыми, в процессе которой формируются умения, навыки, приобретаются знания. К концу младенчества ребенок точно понимает в среднем 10-20 слов и определенным образом реагирует на них.

Развитие движений. В течение первого года ребенок активно овладевает прогрессивными движениями: учится держать голову, садиться, ползать, передвигаться на четвереньках, принимать вер-

тикальное положение, брать предмет и манипулировать им (бросать, стучать, размахивать). Но у ребенка могут появиться и "тупиковые" движения, тормозящие развитие: сосание пальцев, рассматривание рук, поднесение их к лицу, ощупывание рук, раскачивание на четвереньках. Прогрессивные движения дают возможность узнать новое, а тупиковые отгораживают от внешнего мира. Прогрессивные движения развиваются только при помощи взрослых. Отсутствие внимания к ребенку способствует появлению и упрочению тупиковых движений.

Обычно в 3-4 месяца ребенок тянется рукой за предметами, сидит с поддержкой. В 5 месяцев захватывает рукой неподвижные предметы. К концу 6-го месяца появляется ползание, а в 7 месяцев он начинает сидеть без поддержки и в 8 месяцев самостоятельно присаживается. В возрасте 9 месяцев младенец уже стоит с поддержкой, а в 10 начинает стоять без поддержки. В 11 месяцев ребенок может ходить с поддержкой, а в 12-13 месяцев ходит самостоятельно.

Во втором полугодии у ребенка появляется противопоставление большого пальца всем остальным и младенец начинает не только захватывать, но и манипулировать предметами — укладывать, нанизывать, открывать. Манипуляции, изначально направленные на предмет, постепенно становятся направленными на результат действия.

Пространственная ориентировка. В овладении окружающим пространством важная роль принадлежит согласованным движениям рук и глаз — образ видимого предмета начинает активно управлять движениями рук и регулировать их (сенсомоторная координация). Глаз как бы "обучает" руку, и ее движения становятся точнее и совершеннее. В 3-4 месяца ребенок только следит взором за предметами, хорошо различает цвета и форму, реагирует на новое. В 6 месяцев он еще не определяет расстояние и одинаково тянется к близко и далеко расположенной игрушке. Движения руки по направлению к недоступному предмету постепенно превращаются в указательный жест, адресованный взрослому. В первом полугодии ребенок легко узнает показанные ему предметы, а во втором полугодии он демонстрирует возможность восстановления предмета по памяти. Если спросить его о местонахождении известного ему предмета, то ребенок активно начинает его искать поворотами глаз, головы и туловища. Следовательно, в этом возрасте активно идет формирование представлений, которые являются основой для элементарных форм мышления.

Существует гипотеза, предложенная Ж. Пиаже, что уже у младенцев имеется прототип схемы в форме элементарной способности упорядоченного отражения действительности в виде общих свойств, при-

сущих сходным, хотя и не идентичным, явлениям. Об этом говорит тот факт, что многие годовалые дети различают группы предметов по их общим признакам: мебель, животных, еду. Предполагают также, что в памяти человека образ предмета оставляет после себя след-схему предмета, которая включает в себя наиболее информативные, существенные признаки его (когнитивная карта-схема). Способность создавать и сохранять когнитивные схемы есть уже у младенцев. К концу первого года жизни относятся и первые признаки наличия мышления у ребенка в форме сенсомоторного интеллекта. Ребенок замечает, усваивает и использует в своих действиях элементарные свойства и отношения предметов.

Эмоциональное развитие. Эта линия развития также непосредственно зависит от общения с близкими взрослыми. В первые 3-4 месяца у детей появляются разнообразные эмоциональные состояния: удивление в ответ на неожиданность (торможение движений, замедление сердечного ритма), тревожность при физическом дискомфорте (усиление движений, ускорение сердечного ритма, зажмуривание глаз, плач), расслабление при удовлетворении потребности. После появления комплекса оживления ребенок доброжелательно реагирует на любого взрослого человека, но после 3-4 месяцев он начинает несколько теряться при виде незнакомых людей. Особенно усиливается беспокойство при виде незнакомца в 7-8 месяцев, в это же время появляется и страх расставания с мамой или другим близким человеком.

Кризис 1 года. Переходный период между младенчеством и ранним детством иногда называют кризисом 1 года. Как всякий кризис, он связан со всплеском самостоятельности ребенка, становлением ходьбы и речи, появлением у него аффективных реакций. Вспышки аффектов у ребенка возникают, когда взрослые не понимают его желаний, слов или жестов, а также если взрослые не выполняют того, что он хочет. Особенно остро ребенок может реагировать на запреты, слова "нельзя" и "нет". Некоторые дети в аффекте пронзительно кричат, падают на пол, стучат руками и ногами, возникают аффективно-респираторные судороги. Чаще всего появление сильных аффектов у ребенка связано с определенным стилем воспитания. Это или излишние запреты на самостоятельность, или непоследовательность в требованиях взрослых, когда что-то сегодня можно, а завтра нельзя, или можно при бабушке, а при маме нельзя. Терпение и выдержка взрослых, предоставление некоторой самостоятельности, т.е. большей свободы действий в допустимых пределах, смягчают кризис, помогают ребенку избавиться от острых эмоциональных реакций. Поскольку

ребенок уже ходит или активно ползает и круг достигаемых предметов увеличивается, взрослым следует убирать острые вещи, закрывать электрические розетки.

РАННЕЕ ДЕТСТВО (ПРЕДДОШКОЛЬНЫЙ ПЕРИОД)

Накопленные за первый год физические силы и опыт манипулирования предметами вызывают у ребенка огромную потребность в активном действии. Наряду с развитием интеллекта, предметной и игровой деятельностью, основными достижениями детей в преддошкольном возрасте (1-3 года) являются освоение ходьбы (прямохождение) и овладение речью. К концу раннего детства возникает главное новообразование этого возраста — формирование элементарного самосознания (выделение собственного "Я").

Овладение прямохождением. Учиться ходить ребенок начинает в конце младенчества, и овладение ходьбой ему дается трудно. Здесь крайне важна помощь взрослых, их одобрение и стимуляция активности в этом направлении, так как потребности в ходьбе в это время у ребенка еще нет и он умеет уверенно передвигаться с помощью ползания. Правда, довольно скоро ребенок уже будет испытывать удовольствие от прямохождения и владения своим телом. К 1,5 годам он уже усложняет ходьбу: идет в горку, по ступенькам, наступает на камешки, однако техника ходьбы еще далека от совершенства. К трем годам техника ходьбы стабилизируется полностью.

Овладение прямохождением значительно расширяет границы доступного ребенку пространства, увеличивает самостоятельность. Усвоение удаленности, направления и расстояния практически возможно только с помощью движения. К 2 годам ребенок значительно более точно определяет местоположение предмета в пространстве, у него развиваются и совершенствуются сенсомоторные реакции. Он приобретает знания о качествах окружающих предметов и глубже познает связи, которые существуют между некоторыми предметами, что способствует формированию зачатков мышления, воли и самосознания.

Развитие речи. Развитие речи тесно связано с предметной деятельностью ребенка. "Немые" формы общения (показ) уже становятся недостаточными для его обучения. Ребенок вынужден обращаться к взрослым с различными просьбами, но обращаться можно только с помощью речи. Это стимулирует развитие речи, и тут также многое зависит от взрослых. Если родители пытаются улавливать и исполнять все желания ребенка, то это не стимулирует развитие

речи. Она лучше развивается, если взрослые просят говорить ребенка внятно и только потом исполняют желание.

Развитие речи у ребенка протекает одновременно по двум направлениям: понимание речи и формирование собственной речи. Вначале ребенок понимает ситуацию и выполняет просьбы только конкретных лиц (матери). К возрасту 1 года он уже знает и произносит отдельные слова, а затем идет познание значения все большего количества слов. К возрасту 1,5 лет ребенок знает значение от 30-40 до 100 слов, но употребляет в своей речи их относительно редко. После 1,5 лет речевая активность возрастает, и к концу 2 года он употребляет до 300 слов, а концу 3-го—до 1500 слов. К 2 годам ребенок говорит двух-трехсловными предложениями, а к 4 годам дети в состоянии свободно разговаривать.

Ребенку второго года еще трудно обобщать, т.е. обозначать одним словом однородные, но разные предметы. Вначале ребенок обобщает предметы по внешним признакам: назначению (например, слово "апа" — означает у него все, что надевают на голову, т.е. шляпа, косынка, чепчик и даже таз, если он там оказался), местонахождению ("сюп" — все, что есть в супе, т.е. морковь, капуста, мясо или лук), звукоподражанию ("пи-пи" — птичка, мышь). Такие слова в речи ребенка называют многозначными, и их количество в речи ребенка должно быть относительно невелико, от 3 до 7% словарного запаса. Распад многозначных слов и приобретение устойчивости значений слов связано с началом обобщения признаков предметов и их фиксацией в словесных значениях.

Освоение грамматического строя языка требует умения изменения окончаний и введения соединительных слов. Слушая взрослого и повторяя за ним, ребенок усваивает и грамматические структуры. В каждой грамматической форме фиксируется отношения между предметами или отношение к ним человека. Например, творительный падеж обозначает "орудийные" отношения, а родительный — отношения принадлежности. Задолго до того как ребенок начнет изучать эти отношения между предметами в школе, он их осваивает в соответствующей грамматической форме языка.

Первая речь ребенка мало похожа на речь взрослого, и ее часто обозначают как автономную речь, так как ребенок иногда произносит слова, которые взрослыми вовсе не употребляются. "Автономные слова", вероятно, являются искаженным воспроизведением слышимых слов взрослых, а иногда это придуманные самим ребенком слова. Например, слово "ика" обозначает у ребенка шкаф, "гилигича"—карандаш, "тити"—часы, "му-му"—корова и т.д. (Кулагина И.Ю., 1997). При правильном воспитании автономная речь быстро исчезает (обычно в течение полугода), но если ее поддерживать, то она сохраняется надолго.

Развитие предметной деятельности. Ребенок в раннем детстве употребление и назначение предметов узнает с помощью взрослого. Освоение предметных действий проходит у ребенка в три этапа: вначале он не знает назначения предмета и лишь манипулирует им, далее он использует предмет только по его прямому назначению (освоил назначение предмета), а затем вновь его употребляет свободно и манипулирует им, хотя и знает прямое назначение предмета.

У ребенка постепенно появляется способность сравнивать и соотносить (подбирать на глаз) сходные предметы: он обучается собирать пирамидки, исправляет ошибки при складывании колец. Кроме этих соотносящих действий у ребенка появляются и орудийные действия. В последних случаях предмет используется уже как орудие воздействия на другие предметы.

Орудийное действие невозможно без участия мышления. В отличие от употребления предмета высшими обезьянами, орудие для ребенка не является простым удлинением руки, так как рука здесь подчиняется орудийным приемам. Усваивая употребление простейших орудий, ребенок постепенно постигает и общий принцип, что воздействовать на вещи можно не только руками, ногами или зубами, но и вещами, которые специально для этого созданы. Этот принцип на языке психологии часто называют принципом опосредованного действия.

Игровая деятельность. Лишь к концу раннего детства (на третьем году) начинают складываться новые виды деятельности ребенка, которые достигают своих развернутых форм на последующих этапах. К ним относятся игра и продуктивные виды деятельности.

На первом году жизни непосредственного взаимодействия между детьми практически не наблюдается, и лишь к двум годам у детей возникают первые реальные контакты с партнерами по игре. Игра как новый вид деятельности ребенка появляется в процессе манипуляций предметами и познании их назначения. Вначале ребенок учится наряду с реальными предметами пользоваться их заместителями, например, вместо машины используется кубик или палочка. В дальнейшем игры детей будут воспроизводить общественные отношения — они начинают играть в ролевые игры (продавец, пожарник, дочка-матери и другие).

С предметной деятельностью связаны не только игровые, но и продуктивные виды деятельности: рисование, лепка, конструирование. Вначале (доизобразительный этап) ребенок знакомится с основными свойствами нужных материалов (карандаш, бумага и другие), приобретает навыки пользования ими, наносит на бумагу первую

линию. В дальнейшем ребенок узнает в случайных линиях предмет и пытается его повторить (изобразительный этап). Формирование графического образа предмета у ребенка формируется постепенно и также требует в его освоении помощи со стороны взрослых.

Детская игра несравнима с игрой животных, где она инстинктивна. Игровая деятельность у человека по наследству не передается, и нет игры, которая не была бы тесно связана с трудом. Ребенок хочет самостоятельно выполнять многие операции: вести автомобиль, готовить пищу, ухаживать за младшими. Однако он еще самостоятельно этого делать не может. Это противоречие находит свое разрешение в игре, которая по сути не является у него продуктивной деятельностью, и мотив игры направлен не на результат, а на содержание самого действия.

Интеллектуальное развитие. Основное направление развития высших психических функций у детей раннего возраста можно обозначить как начало вербализации познавательных процессов, т.е. их опосредование речью.

Если развитие наглядно-действенного мышления осуществляется почти независимо от формирования речи, то развитие наглядно-образного мышления тесно с ней связано. Формирование образа предмета невозможно без некоего абстрагирования свойств предмета с обозначением его словом. Конечно, за значением слова в раннем детстве чаще всего еще скрывается не понятие, а образное и обобщенное восприятие действительности (предмета или явления). На третьем году жизни ребенок различает все основные простые геометрические формы (круг, овал, треугольник) и знает все основные цвета.

Овладение простейшими орудиями приводит к способности предвидеть возможные взаимодействия между своим телом и предметами, а также взаимодействий между предметами. В возрасте от полутора до двух лет ребенок демонстрирует способность к операн-тному научению, пользуется различными вариантами выполнения одного и того же действия. У него появляется способность решать задачи не только методом проб и ошибок, но и путем догадки (инсай-та). Формирование образного мышления в раннем детстве сопровождается достаточно развитым воображением. Воображение, как и память, в этот период детства еще произвольное и возникает под влиянием интереса и эмоций. Слушая сказки, ребенок пытается представить их персонажи, события и ситуации.

Предпосылки формирования личности. Постепенно ребенок учиться вести себя в обществе, однако ситуация на него все еще оказывает большее влияние, чем словесные объяснения взрослого. С 1,5 лет ребенок воспринимает ласку, поощрения, а

позже уже начинает испытывать стыд. Однако руководство своими действиями все еще оказывается недостаточным: ему трудно удержаться от выполнения желаний и выполнять не очень привлекательные действия.

Конец раннего детства знаменуется появлением у ребенка феномена "Я", когда он начинает называть себя не по имени, а местоимением "Я". Это происходит в силу постепенного нарастания понимания значения отделения действия от предмета, сравнения своего действия с действием взрослого. Так ребенок постепенно научается "видеть себя в другом" человеке, что затем и выражается в известном "Я сам". Эта особая потребность ребенка знаменует рождение его личности, формирование самосознания с появлением психологического образа своего "я". Процесс отграничения своего "Я" от "другого" и даже от предметов идет путем противопоставления. Ребенок в своей речи начинает подчеркивать эту разницу или тождество между собой и другими, становится способным воспринимать себя как самостоятельное существо. Появление нового всплеска потребности в самостоятельности через изъявление своей воли приводит к распаду прежней социальной ситуации развития, что проявляется в кризисе трех лет.

Кризис трех лет

К трем годам у ребенка возникает большое стремление к самостоятельности, что выражается в настойчивом "Я сам" и "Я хочу". Стремясь быть как взрослый, ребенок хочет сам выполнять ту деятельность, которую он наблюдает у взрослых (зажигать свет, ходить в магазин, варить обед и так далее). Конечно, притязания детей непомерно превосходят их реальные возможности и удовлетворить все их невозможно. Однако недостаточный учет этой потребности в самостоятельности, а тем более прямое подавление ее может быть причиной фрустрации, повышенной нервности ребенка. Именно в этот период впервые у ребенка начинают замечаться проявления упрямства и негативизма, направленные против взрослых, которые постоянно ухаживают за ним и опекают его. Иногда можно заметить, что ребенок как бы сам ищет поводы, где бы он мог противопоставить себя взрослым. Например, Митя (2 года 7 месяцев) подходит к плите и говорит сам себе: "Митя, плиту трогать нельзя!" и вслед за этим: "А я буду! А я буду!" (Обухова Л.Ф., 1995).

Внешне кризис трех лет проявляется несколькими важными симптомами, которые впервые описаны Эльзой Келер в работе "О личности трехлетнего ребенка". Л.С. Выготский обозначает их как "семизвездие симптомов" этого возрастного критического периода.

1. Негативизм — отрицательная реакция и отказ от выполнения определенных требований взрослых. Ее не следует путать с непослушанием, которое бывает и в более раннем возрасте.

2. Упрямство — реакция на свое собственное решение, которая заключается в настойчивом требовании его выполнения. Упрямство не следует смешивать с настойчивостью, так как здесь на первом плане требование считаться с личностью ребенка, признать его "Я".

3. Строптивость — реакция более генерализованная и безличная, чем предыдущие. Это протест против порядков, которые существуют дома.

4. Своеволие — реакция эмансипации от взрослого, то есть стремление к отстаиванию своих прав на самостоятельность намерения, замысла и независимость от него.

5. Обесценивание взрослых — выражается в нередких заявлениях в адрес взрослого, что он "дурак" или "пьяница", и при этом совершенно не важно то, что его родитель умница и совершенно не пьет вино.

6. Протест-бунт — проявляется в частых ссорах с родителями, которые приобретают черты протеста, своеобразной "войны" со взрослыми.

7. Стремление к деспотизму — проявляется в желании властвовать и управлять поведением взрослых, и для этого изыскивается множество способов. Наиболее часто встречается в семьях с единственным ребенком.

Л.С. Выготский подчеркивает, что нельзя в кризисных периодах в развитии ребенка видеть только одни негативные моменты. Важно заметить в них попытку установления новых, более высоких отношений с окружающими. Ломка взаимоотношений, которые ранее существовали между ребенком и взрослым, по мнению Д.Б. Эльконина, — это кризис социальных отношений, кризис выделения своего "Я". Если взрослые замечают рост самостоятельности ребенка и поощряют ее, то трудности этого кризисного периода не возникают или быстро преодолеваются. Ребенку еще многому нужно обучиться, и для удовлетворения притязаний трехлетних имеется особая форма реализации их потребностей — детская игра.

Кризис трех лет — явление субъективно трудное для ребенка и объективно — для его родителей. Однако это явление преходящее и в нем есть свое позитивное начало. Не следует к тому же забывать, что необычайно быстрое развитие психических и физиологических качеств ребенка чрезвычайно

сильно напрягает деятельность всех систем организма и возрастают предъявляемые к ним требования. Все это создает условия для возможной их поломки. Известно, что боль-

шинство патологических психологических состояний и психических болезней, которые берут начало в раннем детстве, впервые появляются (манифестируют) именно в этот критический период.

Дошкольный период

Дошкольное детство (от 3 лет до 6-7 лет) часто подразделяют на три периода: младший дошкольный возраст (3-4 года), средний дошкольный возраст (4-5 лет) и старший дошкольный возраст (старше 5 лет).

Дошкольный возраст характеризуется интенсивностью игр как ведущей деятельности дошкольника. Именно в игре ребенок выходит за пределы своего семейного мира и устанавливает отношения с миром взрослых людей. Игры у детей проходят довольно значительный путь развития: от предметно-манипулятивных до сюжетно-ролевых игр с правилами и символических игр.

Младшие дошкольники еще обычно играют в одиночку. У них преобладают предметные и конструкторские игры, а сюжетно-ролевые игры воспроизводят действия тех взрослых, с которыми они повседневно общаются.

В среднем школьном возрасте игры становятся совместными, и главным в них становится имитация определенных отношений между людьми, в частности ролевых. Создаются определенные правила игры, которым дети стараются следовать. Темы игр различны, но преобладают обычно семейные роли (мама, папа, бабушка, сын, дочь), сказочные (волк, заяц) или профессиональные (врач, летчик).

В старшем дошкольном возрасте сюжетно-ролевые игры значительно усложняются, набор ролей возрастает. Характерно, что реальные предметы часто здесь замещаются условными их заменителями (символами) и возникает так называемая символическая игра. Впервые в играх старших дошкольников можно заметить отношения лидерства, развитие организаторских способностей. Конструкторская игра постепенно превращается в трудовую деятельность, где ребенок конструирует, строит и создает что-то полезное и нужное в быту. Дети также любят заниматься изобразительным творчеством, музыкой. В совместной игре они учатся языку общения, умению согласовывать свои действия с действиями других. Игра развивает память, мышление и речь. Внутри игровой деятельности складывается и учебная деятельность, которая будет ведущей на следующих возрастных этапах.

В игре также развивается рефлексия как способность анализировать свои действия, мотивы и соотносить их с общечеловечески-

4*

ми ценностями, а также поступками и мотивами других людей. Рефлексия способствует адекватному поведению. После возникновения рефлексии у ребенка появляется стремление соответствовать требованиям взрослых, быть ими признанным. Взрослые обучают ребенка и половой роли: мальчику больше разрешают агрессивности, поощряют активность; от девочки требуют душевности, чувствительности.

В дошкольном возрасте формируются новые мотивы: познавательные и соревновательные. Уже в 3-4 года ребенок спрашивает: "Что это?", "Зачем?", а позднее и "Почему?". Однако вначале большинство вопросов ребенок задает с целью привлечения внимания, и стойкий интерес к знаниям возникает лишь к старшему дошкольному возрасту.

В старшем дошкольном возрасте очень важна оценка результатов деятельности ребенка со стороны взрослых. Если он не получает должной поддержки, то у него может сформироваться и развиваться комплекс неполноценности. Отрицательно влияют на формирование личности ребенка как пренебрежение его интересами или эмоциональная депривация (роль "пренебрегаемого", воспитание по типу "Золушки"), так и чрезмерная заласканность, постоянное помещение ребенка в центр внимания, что может "заразить" его самоуверенностью, зазнайством (воспитание по типу "кумира семьи").

Словесно-логическое мышление начинает развиваться в конце дошкольного возраста и предполагает умение оперировать словами и понимать логику рассуждений. Способность использовать словесные рассуждения при решении ребенком задач уже можно обнаружить в среднем дошкольном возрасте, но наиболее ярко она проявляется в феномене *эгоцентрической речи*, описанном Ж. Пиаже. Поначалу эта речь "для себя" способствует сосредоточению и сохранению внимания ребенка и служит средством управления оперативной памятью. Затем постепенно эгоцентрические речевые высказывания переносятся на начало деятельности и приобретают функцию планирования. Когда же этап планирования становится внутренним, что происходит к концу дошкольного периода, эгоцентрическая речь постепенно исчезает и замещается внутренней речью.

В своем становлении мышление у ребенка проходит две стадии: допонятийную и понятийную.

Центральной особенностью допонятийного мышления считается эгоцентризм (не путать с эгоизмом). Суть последнего заключается в том, что окружающий мир представляется ребенку продолжением его самого — он не способен еще к рефлексии и в силу этого не попадает в

сферу собственного отражения, не может "посмотреть на себя со стороны". Децентрация мышления начинается с возраста 3 лет, и тогда ребенок начинает пользоваться местоимением "Я", начинает узнавать себя на фотографии.

Вторая стадия в развитии мышления у ребенка приходит на смену не сразу, а через ряд промежуточных этапов. К трем годам ребенок учится делать обобщения, начинает пользоваться вместо предметов символами, может подбирать предмет по предложенному образцу — сначала по форме, а затем по величине и цвету. Дефекты понимания у детей чаще связаны с нечувствительностью ребенка к противоречиям, ярким синкретизмом (тенденция связывать все со всем), трансдукцией (переход от частного к частному, минуя общее), несогласованностью объема и содержания понятия.

Психологическая готовность к школьному обучению

Завершая дошкольный период жизни, шести-семилетний ребенок должен быть подготовленным к обучению в школе. Эта готовность определяется следующими основными показателями.

1. Ребенок к этому возрасту должен иметь определенный запас знаний — в основном представлений и некоторых житейских понятий о предметах и явлениях окружающей жизни. Ребенок имеет представления о множестве и обозначении его цифрой, о звуке речи и обозначении ее буквой, ориентируется в конкретных обстоятельствах пространства и времени. Сюда включаются и первоначальные знания о моральных качествах людей, требованиях к поведению.

2. Ребенок должен владеть системой различных действий, которыми он с большим или меньшим успехом пользуется. Сюда включаются как простые исполнительные движения, так и более сложные — трудовые, бытовые и некоторые учебные действия. На их основе формируются различные навыки. Дети должны уметь наблюдать и слушать речь другого, сосредотачиваться. Семилетний ребенок уже немного умеет управлять своей психической деятельностью: намеренно заучивать и припоминать заученное, тормозить свои желания и эмоциональные порывы, т.е. сдерживаться.

3. У ребенка должен сформироваться познавательный интерес к окружающему: интерес к учению, желание заниматься и узнавать новое, овладевать чтением и письмом.

4. У ребенка сформированы дружеские отношения со сверстниками, интерес и потребность в совместных с ними играх, про

гулках, занятиях.

5. У ребенка должна быть сформирована определенная жизненная позиция, т.е. желание и готовность стать школьником, учиться в школе, нести определенный круг обязанностей.

Таким образом, интеллектуальная готовность к школе важная, но не единственная предпосылка успешного обучения. Подготовка ребенка к школе включает формирование у него готовности к принятию новой "социальной позиции" — положения школьника, имеющего круг важных обязанностей и прав, занимающего иное, по сравнению с дошкольниками, особое положение в обществе. Эта личностная готовность к школе требует достаточной развитости и сформированности таких личностных качеств, как интересы, мотивы, способности, черты характера, самоконтроль и другие.

В последнее время обучение есть и в дошкольном периоде. Ребенка учат читать, писать, считать. Однако можно уметь все это делать, но не быть готовым к школьному обучению. Владея определенным кругом знаний и умений, ребенок может еще не иметь соответствующих механизмов умственной деятельности. Важнейший признак наличия таких механизмов — это возникновение произвольного поведения, превращение правила во внутреннюю инстанцию поведения. Одновременно в интеллектуальной сфере ребенка также происходят качественные изменения — преодолевается феномен эгоцентризма (центрации) мышления, что означает возможность видения мира не только со своей точки зрения, но и с точки зрения других людей, науки. Благодаря децентрации предметом рассуждения детей становится и мысль учителя.

Проблема обучения детей с 6 лет. Все психологи, работающие с 6-летними детьми, приходят к выводу, что 6-летний первоклассник по уровню своего психического развития остается дошкольником. Он сохраняет особенности мышления, присущие дошкольнику, у него преобладает произвольная память (запоминается только то, что интересно, а не то, что нужно запомнить), внимание таково, что ребенок способен продуктивно заниматься одним и тем же делом не более 10-15 минут, познавательные мотивы также еще неустойчивы и ситуативны.

Тем не менее накоплен большой опыт обучения детей с 6 лет и даже еще с более раннего возраста. Основными его особенностями являются щадящий режим (урок не более 35 минут, в перерывах игры, физические упражнения, дневной сон, отсутствие домашних заданий), небольшой объем учебного материала (знания и умения, которыми дети должны овладеть за 3 года при начале обучения с 7 лет, здесь растягиваются на 4 года), большое количество общеразвивающих занятий (физкультура, музыка, ритмика, рисование), медицинский контроль за здоровьем, особые программы и методы обучения. Наилучшие возможности для создания всех этих условий

может предоставлять старшая группа детского сада, а не общеобразовательная школа.

Настораживающими в плане возможности дезадаптации поведения на последующих этапах возрастного развития являются следующие особенности поведения дошкольников (Лебединская К.С. и др., 1988):

- выраженная психомоторная расторможенность с трудностями организации поведения даже в пределах подвижных игр, трудности выполнения работки тормозных реакций и запретов;

- склонность к примитивной лжи и вымыслам для оправдания своих проступков, а также легкость принятия неправильных форм поведения от более старших детей или взрослых;

- примитивные двигательные истероидные разряды с громким плачем и криками, импульсивность поведения со вспыльчивостью, ссорами и драками по незначительному поводу;

- реакции упрямого неподчинения и негативизма с озлобленностью и агрессией в ответ на наказание и замечания, побеги из дома и энурез как реакция активного протеста.

Глава 22

ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНИКА

К младшему школьному возрасту в возрастной психологии относят период психического развития ребенка от 6-7 лет до 10-11 лет (1-4 классы школы). Границы этого возрастного диапазона весьма условны и зависят в первую очередь от готовности ребенка к школьному обучению. Более раннее или более позднее начало обучения ребенка в школе смещает верхние границы этого возрастного диапазона. Более совершенные методы обучения несколько ускоряют психическое развитие и также смещают верхнюю границу, но это не особенно сказывается на последующем обучении и успехах ребенка в школе.

Исторически младший школьный возраст в возрастной психологии выделился относительно недавно, в связи с введением системы всеобщего обязательного среднего образования. Его содержание и задачи еще окончательно не определились, поэтому также нельзя считать неизменными и психологические особенности детей этого возрастного этапа.

В настоящее время школа берет на себя ответственность определить готовность ребенка к начальному школьному обучению, а родители вправе принять решение о том, в какую начальную школу отдать ребенка — государственную или частную, трехлетнюю или четырехлетнюю.

Примерно к возрасту 7 лет ребенок обладает всеми необходимыми физическими и психическими предпосылками для того, чтобы стать школьником и овладеть новой для него учебной деятельностью. Школьное обучение не тождественно любому другому обучению. До этого учение для ребенка было включено в игру и не было обязательным. Теперь у ребенка появляется целый ряд обязанностей и выполнение их оценивается учителем, другими людьми. Важным для ребенка становится не только овладение системой начальных научных знаний, но и овладение умением учиться. В процессе овладения учебной деятельностью психические процессы у младшего школьника становятся все более произвольными, совершенствуются рефлексивные способности. В этом возрасте существенным достижением в развитии личности ребенка становится преобладание мотива "Я должен" над мотивом "Я хочу".

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Как бы хорошо ребенок ни был подготовлен к школе, он приобретает типичные черты школьника только после того, как начнет учиться в школе. В школе воплощены требования общества, существует система эталонов, одинаковых мер оценки. Теперь всю жизнь ребенка пронизывает ситуация "ребенок-учитель", а основной деятельностью ребенка является учебная деятельность. Успешность обучения и поведения в школе означает чаще всего и благополучие отношений ребенка с родителями и со сверстниками.

Учебная деятельность. Для школьного учителя основной проблемой является формирование у ребенка учебной деятельности, умения учиться самому. Сама по себе учебная деятельность включает учебно-познавательные мотивы, учебные задачи, учебные действия и операции, контроль и оценку.

Наиболее важным из этого представляется выработка и упрочение познавательной мотивации у ребенка. Дети, как правило, идут в школу с большим желанием, однако конкретные мотивы этого могут быть различными по содержанию и степени осознанности. Чаще всего преобладают мотивы, связанные со стремлением ребенка занять новое для него положение школьника, носить форму или возвыситься в глазах дошкольников. Собственно же познавательные мотивы и мотивы самосовершенствования еще у ребенка слабо выражены. Это может быстро снизить интерес ребенка к школьной жизни.

Формирование учебно-познавательной мотивации у школьника тесно связано с содержанием и способами обучения. Действительная мотивация возникает только тогда, когда ребенку в школе интересно и комфортно. С другой стороны, быстрота овладения системой научных знаний и самой учебной деятельностью, т.е. умением учиться, во многом определяется и индивидуально-психическими особенностями ребенка.

Учебная деятельность предъявляет требования ко всем сторонам психики ребенка. В младшем школьном возрасте большие изменения происходят в познавательной сфере ребенка.

1. Непроизвольное восприятие дошкольника постепенно пре-
вращается в целенаправленное и произвольное восприятие —
наблюдение. Такое восприятие у ребенка
необходимо формиро-
вать — нужно учить его рассматривать объект для
того, чтобы он
увидел то, что нужно.

2. Изменения в области памяти связаны с тем, что
она также при-
обретает ярко выраженный познавательный характер
и становится

произвольной. Ребенок начинает осознавать мнемическую задачу, идет интенсивное формирование приемов запоминания.

3. Мышление в младшем школьном возрасте начинает развиваться по пути перехода его от образного мышления к словесно-логическому. Мышление постепенно приобретает абстрактный и обобщенный характер. Мышление перенастраивает и нацеливает восприятие, память и другие психические процессы на установление смысловых, логических связей и отношений.

Учебная деятельность способствует и формированию основных психических новообразований младшего школьника:

- 1) произвольность поведения и всех психических процессов, их осознанность и "интеллектуализация";
- 2) развитие рефлексии с пониманием и осознанием собственных изменений.

Произвольность в поведении характеризуется умением самостоятельно ставить цели действий, находить доступные средства их достижений и преодолевать возможные препятствия. С произвольностью в поведенческом плане связано внутреннее планирование действий, понимаемое как способность действовать в уме. Развитие внутреннего плана действий проходит ряд этапов, отражающих постепенный "переход" в него внешних действий и операций (интериоризация).

У ребенка также постепенно пробуждается активный интерес и к своему внутреннему миру, собственным мыслям и переживаниям. Рефлексия является необходимым условием для самосовершенствования личности путем самовоспитания. Сама учебная деятельность требует рефлексии, оценки собственных изменений. Именно поэтому всякая учебная деятельность начинается с того, что ребенка оценивают.

ОСНОВНЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕРИОДА ВХОЖДЕНИЯ В ШКОЛУ

Л.С. Выготский (1984), описывая поведение, свойственное детям в периоде вхождения в школу, характеризует его как вычурное, искусственное, манерное, натянутое и странное. Общий отличительный признак такого поведения — "утрата непосредственности". Ее причину он видел в развивающейся рефлексии, нарастающей интеллектуализации и дифференциации внутренней и внешней жизни ребенка.

Современные исследователи полагают, что указанные особенности младшего школьника связаны и с процессами *социализации ребенка* — принятием им на себя социальных ролей, главная из которых — "роль ученика". Стремление заслужить одобрение и признание делает ребенка ревностным исполнителем своей роли. Например, всем известен тип старательного первоклассника, для которого авторитет учителя как главного судьи в том, насколько он успешно справляется со своей новой ролью и обязанностями, много выше даже родительского авторитета. (Кравцова Е.Е., 1979; Елагина М.Г., 1989 и другие).

В отечественной психологии под понятием "кризисный период" возрастного развития понимается период жизни ребенка, когда в воспитании не учитываются изменившиеся способы взаимоотношений ребенка с окружением, в связи с развившимися к этому времени его новыми возможностями. Для возраста вхождения в школу, напротив, характерна целенаправленная работа родителей и общества по подготовке к максимально безболезненному переходу ребенка в школу. Однако трудности при вхождении ребенка в младший школьный возраст возникают довольно часто, что и дало основание этот переход называть "*малым кризисом*".

По мнению Л.С. Божович (1968), трудности периода вхождения в школу так или иначе сводятся к проблеме школьной зрелости. Применительно к этому возрастному периоду у ребенка возникают две главных потребности — в знаниях и в определенных социальных отношениях, выражающихся в положении школьника. Депривация этих потребностей возможна при позднем начале обучения. Переход начала обучения с 8 к обучению с 7 лет уменьшил число детей с кризисной симптоматикой. Сейчас считается, что многие дети уже к шестилетнему возрасту готовы к школьному обучению.

Таких детей называют иногда "*переходными дошкольниками*", так как им уже тесно в рамках дошкольных форм жизни (Сапогова Е.К., 1986). Их интеллектуальная сфера не только достигла определенной готовности к систематическому обучению, но и требует его. У ребенка появляется обостренная чувствительность (сенситивность) к усвоению знаний, нравственных норм и правил поведения. Можно сказать, что у него возникает состояние, которое называют обучаемостью. Если упускается время начала систематического обучения, то дальнейшее обучение протекает заметно сложнее.

Основная психологическая проблема начального периода вхождения ребенка в школу обусловлена тем, что не все дети 7-летнего, и особенно 6-летнего, возраста психологически готовы к школьному обучению. Можно сказать, что период перехода от дошкольного воз-

раста к собственно школьному у разных детей наступает в различные сроки — от 6 до 7, а иногда и 8 лет. Хотя диагностика школьной зрелости, готовности ребенка к систематическому обучению достаточно сложна, но она во многом снимает эти вопросы.

Все другие трудности начального периода обучения сосредоточены вокруг проблемы адаптации, приспособления ребенка к условиям школьной жизни. В разной степени выраженности и продолжительности **адаптационные трудности вхождения в школу** возникают практически у всех детей, даже при своевременном начале систематического обучения. Социально-психологические аспекты адаптации ребенка к школе здесь тесно переплетаются с ее медико-физиологическими составляющими. У многих детей снижается резистентность организма, что сопровождается повышением заболеваемости. В частности, есть наблюдения, что пик функциональных нервно-психических отклонений первоклассников почти в 2 раза превышает соответствующие показатели у дошкольников того же возраста.

АДАПТАЦИЯ РЕБЕНКА К ШКОЛЕ

Социально-психологическая адаптация представляет собой процесс активного приспособления, в отличие от физиологической адаптации, которая происходит как бы автоматически. Отношения со средой здесь совсем иные — не только среда воздействует на человека, но и он сам меняет социально-психологическую ситуацию. Поэтому адаптироваться приходится не только ребенку к классу и к учителю, но и самим педагогам к новым для них воспитанникам.

Дети не одинаково "вживаются" в новые для них условия школьной жизни. Главными моментами, влияющими на социально-психологическую адаптацию в школе, являются следующие:

- 1) адаптация к новому режиму дня — продолжительность урока, перемены, число уроков, режим питания, домашняя самоподготовка и другие;
- 2) адаптация к классному коллективу — проблемы приобретения социального статуса, взаимоотношений со сверстниками;
- 3) трудности адаптации, локализующиеся в области взаимоотношений со школьным учителем;
- 4) трудности адаптации, обусловленные изменениями ситуации в домашней обстановке — изменения отношения родителей к ребенку, повышение их требовательности к дисциплине, апелляция к чувству ответственности.

При *высоком уровне адаптации* ребенок положительно относится к школе, требования учителя воспринимает адекватно, проявляет интерес к самостоятельной учебной работе, готовится ко всем урокам, занимает в классе благоприятное статусное положение.

При *среднем уровне адаптации* отношение к школе также положительное и переживаний ребенка по поводу ее посещения не возникает. Однако здесь требуется больший контроль со стороны взрослых (учителя, родителей) к ребенку и его учебе в школе. Ребенок понимает учебный материал, решает типовые задачи, но сосредоточен только тогда, когда занят чем-то интересным. Дружит со многими одноклассниками.

При *низком уровне адаптации* ребенок отрицательно или индифферентно относится к школе, нередко жалобы на нездоровье, доминирует подавленное настроение, имеются нарушения дисциплины, учебный материал усваивает фрагментарно, нет интереса к домашнему приготовлению уроков, близких друзей в классе нет. При внимательном наблюдении можно заметить, что у такого ребенка несколько улучшается внимание и работоспособность при удлинении пауз для отдыха.

Адаптационные трудности занимают относительно непродолжительный промежуток времени в начале школьного обучения. Тяжелее и дольше привыкают к школьной жизни "домашние" дети, т.е. дети, которые никогда ранее не посещали детские дошкольные учреждения и не имеют достаточного опыта общения в больших детских коллективах.

При затяжном и необычном протекании адаптационного периода следует обратить внимание на состояние здоровья ребенка, так как за этим может скрываться возможность обострения каких-либо хронических заболеваний, декомпенсации резидуальной (остаточной) органической мозговой недостаточности (в анамнезе таких детей часто прослеживаются трудные роды или осложнения беременности у матери, болезни ребенка в раннем послеродовом периоде).

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ТРУДНОСТИ СОБСТВЕННО МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Психологические трудности собственно младшего школьного возраста—это уже трудности не критического, а литического периода, и связаны они с особенностями формирования и функционирования у ребенка учебной деятельности. Это момент, когда на место проблем, связанных с фактом поступлением в школу и адаптации к

ней, приходят проблемы трудностей освоения тех или иных сторон этой новой для ребенка учебной деятельности.

Начало обучения в школе предполагает наличие у ребенка *школьной зрелости*, т.е. он должен достичь определенного уровня физического и интеллектуального развития, а также социальной адаптации, что позволяет ему соответствовать традиционным школьным требованиям. При определении *школьной зрелости* врачами и педагогами оцениваются в первую очередь рост, масса тела и интеллект. Однако при оценке *школьной зрелости* необходимо учитывать и *социально-психологическую готовность* ребенка к школьному обучению. К сожалению, *социальной зрелости*, которую к тому же не легко оценить, не уделяется достаточного внимания. В результате в школу поступает достаточно много детей, которым хотелось бы скорее играть, чем заниматься уроками. У них низкая работоспособность, внимание еще неустойчиво и с предлагаемыми учителем заданиями они справляются плохо, не в состоянии они и соблюдать школьную дисциплину.

Когнитивные теории во главу угла ставят развитие познавательной сферы, а развитие других сфер личности пытаются объяснить особенностями развития интеллекта. Однако, по мнению Ж. Пиаже, создателя теории интеллектуального развития ребенка, *нравственное развитие* происходит во взаимосвязи с умственным, но все же иначе и зависит от *опыта общения* ребенка с окружающими людьми и предметами. Опираясь на труды Пиаже об интеллектуальном развитии детей, американский психолог *Лоуренс Кольберг* разработал теорию нравственного развития ребенка, показывающую взаимосвязь морального обоснования поступков и умственного развития.

В своих исследованиях Кольберг ставил детей и подростков перед гипотетическими моральными дилеммами. Например, ребенку предлагают прослушать рассказ с просьбой его оценить: "В одном городе серьезно заболела женщина. Врач сказал, что только одно лекарство, которое придумал местный аптекарь, способно вылечить ее. Лекарство стоило дорого, и муж заболевшей женщины смог собрать у всех своих родственников и знакомых только половину нужной суммы. Однако аптекарь, хотя и знал, что женщина умирает, отказался отпустить лекарство за полцены или в долг. Тогда муж этой женщины ночью пробрался в дом аптекаря и украл нужное лекарство".

На основании ответов на такого рода задачи Кольбергом выделено три уровня, включающие в себя шесть стадий *нравственного (конвенционального) развития* (цит. по Шевандрин Н.И., 1995):

Уровень 1. Предконвенциональный (с 4 до 10 лет) — поступки определяются внешними обстоятельствами, точка зрения других в расчет не принимается.

Стадия 1. Ориентация на наказания — "Я должен сделать то, что обещал, иначе накажут" (слушается, чтобы избежать наказания).

Стадия 2. Ориентация на поощрения, однако — "Если ты меня обидел, то и я тебя обижу" (эгоистические соображения взаимной выгоды, послушание в обмен на какие-то блага и поощрения).

Уровень 2. Конвенциональный (с 10 до 13 лет) — человек придерживается условий роли, ориентируясь при этом на принципы других людей.

Стадия 3. Ориентация на образец "хорошего мальчика/девочки" — "Я хочу делать то, что приятно другим" (желание одобрения со стороны значимых других людей и стыд перед их осуждением).

Стадия 4. Ориентация на авторитет — "Я обязан соблюдать закон" (хорошо то, что соответствует правилам).

Уровень 3. Постконвенциональный — "автономная мораль" (с 13 лет) — переносит моральное решение внутрь личности и начинается с понимания относительности и неустановленности нравственных правил с постепенным пониманием и признанием существования некоторого высшего закона, выражающего интересы большинства. Заканчивается формированием устойчивых моральных принципов, диктуемых собственной совестью, безотносительно к внешним обстоятельствам и рассудочным соображениям.

Стадия 5. Ориентация на общественный договор — "Я должен исполнять эти законы, так как их установило общество".

Стадия 6. Ориентация на общечеловеческие этические принципы и нравственные нормы — "Поступай с другими так, как ты хотел бы, чтобы они поступали с тобой".

Слабоуспевающие и беспокойные дети легко оказываются аутсайдерами в классе. Такая ситуация часто ведет к разочарованиям и враждебности к школе. Успеваемость у таких детей нередко становится ниже их потенциальных возможностей, а в поведенческом плане возможны проявления агрессии. Ситуация может усугубиться возможным неправильным поведением родителей, когда они, испытывая серьезные опасения и даже разочарование в своем ребенке, лишают его невольно эмоциональной поддержки. Трудности социально-психологической адаптации к школе и отсутствие эмоциональной защищенности в родном доме открывают дорогу к различным вариантам патологического личностного развития таких детей.

Младшим школьникам свойственна высокая эмоциональная отзывчивость, и у них сильно развита потребность в движениях. При невозможности удовлетворить эту потребность у ребенка ухудшается внимание, быстрее наступает утомление. По этой же причине на

перемене дети бегают, дерутся и кричат. Особые трудности в школе испытывают дети холерического темперамента, черты которого наиболее ярко выступают в критические периоды онтогенеза. Повышенная возбудимость, неусидчивость и моторная расторможенность могут иметь и другие причины. В любом случае такие дети требуют к себе внимательного отношения родителей, педагогов и врачей. Следует помнить, что волевая активность младших школьников базируется преимущественно на побуждении извне, самостоятельно они еще не могут проявлять достаточную выдержку и организованность, поэтому им необходим постоянный контроль со стороны взрослых.

Другой типичной причиной затруднений освоения учебной деятельности является *недостаточная сформированность у ребенка интеллекта или отдельных его сторон*. Такие дети имеют слабо выраженные нарушения памяти, внимания, мышления, речи или динамики психических процессов. Подобные нарушения возникают при различных вариантах задержки и асинхронии психического развития. Они могут быть следствием родовой травмы, перенесенного ребенком сотрясения головного мозга или тяжелого заболевания. Эти дети нуждаются не только в педагогической помощи (в ряде случаев они требуют обучения в специально созданных условиях — классы "выравнивания"), но и должны находиться под наблюдением школьного врача.

Большую роль в формировании интеллектуальной деятельности играют и социальные факторы. Так, педагогически запущенные дети, чьи родители имеют более низкий образовательный уровень, злоупотребляют алкоголем или конфликтуют между собой и практически воспитанием ребенка не занимаются, имеют очень бедный запас знаний, оказываются не подготовленными к школе и в силу этого испытывают трудности в обучении.

Со второго класса начинает складываться детский коллектив, и теперь дети начинают более болезненно реагировать на замечания взрослых, сделанные ими при товарищах, поскольку мнение сверстников приобретает для них весьма важное значение. Начинают выделяться "лидеры" и "отверженные", меняются взаимоотношения детей. В ряде случаев проблемы межличностных отношений со сверстниками и взрослыми выступают у некоторых детей на первый план и требуют анализа и коррекции. Родители таких детей часто говорят о них, что ребенок необщительный, у него нет друзей, "задрали в школе", "моего ребенка не понимает учитель" и тому подобное.

АНТИДИСЦИПЛИНАРНОЕ
ПОВЕДЕНИЕ
(ТРУДНОВОСПИТУЕМОСТЬ)

Трудновоспитуемыми называют детей, которые при нормальных педагогических мероприятиях не объединяются с коллективом сверстников и к тому же, как правило, плохо учатся. Они нуждаются в специальном педагогическом воздействии на протяжении многих лет, однако и в этом случае шансы на успех не очень велики. Трудновоспитуемость может быть обусловлена рядом причин. В отдельных случаях это наследственно обусловленная абсолютная эмоциональная холодность, которая порой может отражать подобное поведение с отсутствием эмоциональной отзывчивости по крайней мере одного из родителей, что определяет атмосферу в семье. Можно предположить, что и второй из родителей не слишком эмоционален, в противном случае их совместная жизнь едва ли была бы возможна. Чаще всего это люди, ориентированные на профессиональную деятельность с внешне упорядоченными семейными отношениями.

СХЕМА ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА ПРИ
ЖАЛОБАХ НА ТРУДНОСТИ АДАПТАЦИИ К
ШКОЛЕ

1. Проверяется сохранность познавательных процессов: блок диагностики агностических методик на вербальный и невербальный интеллект, память, внимание, уровень развития речи, ручной праксис.
2. Проверяется обучаемость ребенка (задачи с дозированной по мощности взрослых), сформированность элементов учебной деятельности, внутреннего плана действий, произвольной регуляции поведения.
3. Анализируются особенности учебной мотивации ребенка, уровень притязаний, интересы.
4. Обязательно проверяются учебные навыки ребенка, просматриваются тетради по математике, русскому языку, даются пробы на чтение, письмо и решение задач.
5. Выясняется эмоциональный компонент неуспеваемости: как ребенок относится к плохим (неудовлетворительным) оценкам; какова типичная обратная связь по этому поводу со стороны взрослых (родители, учителя); есть ли сферы деятельности, позволяющие ребенку компенсировать неуспех в обучении; по возможности воспроизводится вся система межличностных отношений ребенка.
6. Выясняются типичные виды помощи родителей

ребенку в уче
бе: кто занимается с ним, как много, какие приемы
используют. Ана
лиз стиля родительского воспитания в семье в целом.

7. Собирается подробный анамнез развития ребенка, с чем родители связывают трудности обучения в школе.

Результатом обследования является возрастнопсихологическое заключение. Оно должно отражать не только сам дефект, но сохранные психические структуры, на которые можно опереться при его компенсации, а также важно описать актуальную социальную ситуацию ребенка и ее возможности для адаптации и реабилитации. В беседе с родителями стремятся раскрыть не только психологическую структуру дефекта, но и подчеркивают положительные качества ребенка. Консультирование базируется на соблюдении интересов ребенка и щадящей форме сообщения родителям диагноза.

Настораживающими в плане возможности дезадаптации поведения на последующих этапах возрастного развития являются следующие особенности поведения младших школьников (Лебединская К.С. и др., 1988):

- низкая познавательная активность и личностная незрелость, диссоциирующие с возрастающими требованиями к социальному статусу школьника;
- сохраняющиеся с дошкольного возраста элементы моторной расторможенности, сочетающиеся с эйфорическим фоном настроения и повышенной жадой острых, бездумных впечатлений;
- усиление некоторых элементов влечений типа интереса к ситуациям жестокости и агрессии;
- немотивированные колебания настроения, а также конфликтность, взрывчатость и драчливость по мелким поводам (часто с заметными вегетативно-сосудистыми реакциями, завершающимися церебростеническими явлениями);
- реакции протеста по поводу школьных занятий — прогулы уроков, невыполнение домашних заданий "назло" педагогам и родителям;
- гиперкомпенсационные реакции со стремлением обратить на себя внимание отрицательными формами поведения: грубость, намеренное невыполнение требований и другие;
- трудности и даже невозможность усвоения дальнейших разделов школьной программы за счет как отсутствия интереса к учебе, так и слабых интеллектуальных возможностей;
- нарастание тяготения к асоциальности (мелкие кражи, попытки курения и алкоголизация), особенно при дефектах воспитания со стороны семьи (пьянство родителей, безнадзорность или грубая авторитарность в стиле воспитания).

Глава 23

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВОГО И ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРИОДА ВЗРОСЛЕНИЯ

Переход от детства к взрослости (взросление) охватывает почти десятилетие—от 11 до 20 лет. Весь этот период обычно подразделяют на два этапа: подростковый возраст (отрочество) и юность (два периода — ранняя и поздняя юность). Однако их хронологические границы, как и всего переходного периода от детства к взрослости, часто понимаются по-разному.

В психологии условной границей между отрочеством и юностью чаще считается возраст 15 лет, а границей между первым и вторым периодами юности —17 лет.

Имеются различия в периодизации этапов взросления по полу: подростковый возраст определяется как 13-16 лет для мальчиков и 12-15 лет —для девочек; юношеский возраст у юношей начинается с 17 лет и заканчивается в 22-23 года, а у девушек он начинается с 16 лет и заканчивается в 19-20 лет (Кон И.С., 1980; Gesell A., 1956).

Ряд авторов (Петровский А.В. и другие., 1979) границы подросткового возраста устанавливают между 11-12 и 14-15 годами, а возраст между 14-15 и 17 годами определяется ими как ранняя юность. При этом акцент делается на смене ведущих форм деятельности, общественном положении и уровне социализации личности в обществе.

В правовом отношении период взросления означает рост ответственности перед законом. Некоторые рубежи возрастной зрелости определены юридически: в 14-16 лет молодые люди получают паспорт, в 18 лет — приобретают активное избирательное право, возможность вступить в брак и несут полную ответственность за уголовные преступления.

В медицинской литературе периодизация подросткового возраста проводится с позиций физического и полового созревания (Пашкова В.А., 1973; Личко А.Е., 1985 и другие). Весь этап взросления здесь определяется как пубертатный (лат. *pubertas* — половая зрелость), и его обычно подразделяют на три периода:

— *препубертатный* — подготовительный период;

— *собственно пубертатный период* — бурная внутренняя перестройка с наступлением половой зрелости (способность к размножению);

— *постпубертатный* — достижение окончательной биологической зрелости.

Если совместить это деление с принятыми в возрастной и педагогической психологии категориями, то препубертатный период соответствует предподростковому возрасту, пубертатный — подростковому, а постпубертатный — юношескому возрасту.

Следует отметить, что существует большая индивидуальная вариативность процессов созревания, которая еще более усилилась начавшимся с 1950 года массовым ускорением темпов полового созревания новых поколений (*акселерация*). Современные дети стали достигать полного своего физического роста и полового созревания в среднем на 1,5-2 года раньше, чем предыдущие поколения. Что же касается верхней границы взросления, приобретения социального статуса, то здесь положение изменилось в худшую сторону — удлинились сроки обучения и приобретения профессии, и это сдвигает начало самостоятельной трудовой деятельности к более старшим возрастным границам.

В пубертатном периоде происходит становление главных черт характера, т.е. *основ личности*. В это время выявляются и другие личностные компоненты: способности, наклонности, интересы, значительная часть социальных отношений.

Переход от опекаемого взрослыми детства к самостоятельности обнажает и заостряет все слабые стороны личности, делает ее особенно уязвимой и податливой неблагоприятным влияниям среды, поэтому подростковый возраст не случайно называют "трудным". Кроме того, бурные нейрогормональные перестройки у подростков также сопряжены с выявлением скрытых до этого генетически обусловленных задатков. Именно на пубертатный период падает большинство дебютов эндогенных психических заболеваний.

Подростковый возраст как переходный от детства к зрелости всегда считался *критическим*. Кризис этого возраста значительно отличается от кризисов младших возрастов. Он является самым острым и самым продолжительным, т.к. вступление в взрослую жизнь не одномоментное явление, а длительный процесс. При объективно наступающем взрослении социальная ситуация подростка, как правило, существенно не меняется, он остается учащимся и находится на иждивении родителей. Поэтому многие притязания подростка приводят к конфликтам, противоречиям с реальной действительностью, в чем и кроется суть, *психосоциальная причина кризиса подросткового возраста*.

У подростка также возникает необходимость сопоставления себя со сверстниками. Мнение ровесников нередко оказывается для подростка более значимым, чем мнение родителей или учителей.

Центральным и специфическим новообразованием в развитии личности подростка является возникновение у него представления о себе уже не как о ребенке. Он начинает чувствовать себя взрослым, стремится считаться и быть взрослым. Это *чувство взрослости* как специфическое приобретение самосознания — стержневая особенность личности, ее структурный центр. Он направляет всю социальную активность подростка, его восприимчивость к усвоению норм, ценностей и способов поведения взрослого.

В этот период становится предметом сознания и такая мощная биологическая потребность, как *половое влечение*, в связи с чем возникает масса напряженных переживаний и меняется вся эмоциональная сфера подростка.

На новый уровень поднимаются *интеллектуальные возможности* подростка и его *самосознание*, расширяется кругозор, появляются новые интересы и планы на выбор профессии.

Если на ранних этапах (12-14 лет) уровень самосознания обеспечивает подростку лишь возможность самовыражения и самоутверждения, то на завершающем этапе (15-17 лет) — возможность самоопределения, установления своего места в обществе и профессиональной ориентации (Божович Л.И., 1978).

Таким образом, рассматриваемый возраст характеризуется максимальными диспропорциями в уровне и темпах физического и психического развития, выраженными противоречиями социального характера, порождающими в ряде случаев аномальные формы поведения.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ПОДРОСТКА И ЮНОШИ

Психологический возраст — качественная характеристика психики человека и часто не совпадает с нашим житейским представлением о количестве прожитых им лет. Особенно наглядно эта закономерность видна в школьном коллективе: некоторые дети вступают в подростковый период начиная с 4-го, даже 3-го класса, другие позже — с 5-го класса школы. Переход в следующий возрастной период — раннюю юность, у некоторых детей начинается уже в 7-м классе, другие остаются подростками вплоть до 9-11-го класса.

Особенности подростка. На формирование личности подростка социальные факторы оказывают ведущее влияние, а биологические — опосредованное.

Социальными факторами психического развития являются:

- переход из начальной в среднюю школу, где занятия ведутся многими учителями-предметниками, что существенно меняет учебную деятельность и общение школьников и учителей;

- расширение общественной, социально-полезной деятельности школьника в классе и в школе, расширение круга общения со сверстниками;

- происходит изменение положения ребенка в семье, где родители больше начинают доверять ему, поручать выполнение более сложной домашней работы и включать в обсуждение семейных проблем.

Биологическими факторами психического развития являются:

- начало полового созревания, влияние новых гормонов на центральную нервную систему;
- бурный рост и физическое развитие с перестройкой всех органов, тканей и систем организма.

Половое созревание как главный биологический фактор в этом возрасте влияет на поведение подростка не прямо, а опосредованно. Агрессивность по отношению к старшим, негативизм, упрямство, бравирование своими недостатками, драчливость и т.д. появляются не из-за самого полового созревания, а через посредство социальных условий существования подростка—его статуса в коллективе сверстников, взаимоотношений со взрослыми. За каждой внешней реакцией подростка стоит своя психологическая причина. Действия подростков, которые внешне выглядят как непослушание или оцениваются как "глупые", "необъяснимые" ("эффект неадекватности") часто вытекают из особенностей данного этапа взросления — *этапа становления личности*.

Общение со сверстниками. Отношения с товарищами находятся в центре жизни подростка, во многом определяя все остальные стороны его поведения и деятельности. Для подростка важно не просто быть вместе со сверстниками, но и, главное, занимать среди них удовлетворяющее его положение. Именно неумение, невозможность добиваться такого положения чаще всего является причиной недисциплинированности и даже правонарушений подростков (фрустрация потребности "быть значимым в глазах сверстников"). Это сопровождается и повышенной конформностью подростков по отношению к подростковым компаниям. Один зависит от всех, стремится к сверстникам и подчас готов выполнить то, на что его подталкивает группа.

Родители часто все трудности проблем общения своего ребенка списывают за счет недостатков тех детей, с которыми общается их сын или дочь. Однако исследования показывают, что начиная с 6-го класса у подростков начинает интенсивно развиваться личностная и межличностная рефлексия, в результате чего они начинают видеть причины конфликтов, затруднений или, напротив, успешности в общении со сверстниками в особенностях *собственной* личности. Родителям и

учителям следует учитывать это стремление подростка быть лично ответственным за успешность своего общения с окружающими.

Общение со взрослыми. Важность для подростка его общения со сверстниками не должна скрывать от воспитателей важность для него проблем взаимоотношений со взрослыми. Главный источник трудностей общения подростков со взрослыми — непонимание взрослыми внутреннего мира подростка. Чем старше становится подросток (с 5-го по 8-й классы), тем меньшее понимание он находит у взрослых. Взрослые неосознанно стремятся сохранять "детские" формы контроля и общения с детьми, фрустрируя тем самым *потребности подростка в признании его равноправным партнером в общении со взрослыми.* Результирующей этой фрустрации становится противопоставление подростком себя, своего "Я" взрослым, потребности автономии.

Психологи отмечают также, что у подростков резко возрастает способность к *эмпатии по отношению ко взрослым*, стремление им помочь, поддержать, разделить их горе или радость. Взрослые чаще в подростке замечают не это, а только негативные стороны его поведения. Кроме того взрослые в лучшем случае сами готовы проявить сочувствие и сопереживание к подростку, но совершенно не готовы *принять* подобное отношение с его стороны к себе.

Общение со сверстниками противоположного пола. Появляющееся в отрочестве чувство взрослости толкает подростка и к освоению "взрослых" типов поведения и во взаимоотношениях со сверстниками противоположного пола. Интерес к взаимоотношениям полов существенно меняет отношение к самому себе, своей половой идентификации: "Я как мужчина" и "Я как женщина". Особое значение здесь придается личной привлекательности.

У младших подростков интерес к противоположному полу часто вначале проявляется в неадекватных формах (у мальчиков — "задиристость", а у девочек демонстрация игнорирования). Позднее отношения усложняются: исчезает непосредственность в общении, появляются смутные чувства влюбленности со страхом насмешек и поддразниваний со стороны сверстников. У старших подростков общение между мальчиками и девочками становится более открытым, а привязанности к сверстнику противоположного пола становятся интенсивнее и могут быть причиной сильных негативных эмоций при отсутствии взаимности.

Пубертатный кризис. Традиционно главные трудности подросткового возраста принято было связывать с "кризисом 13 лет", когда ломка старых психологических структур приводит к взрыву непослушания и трудновоспитуемости подростка.

Одни исследователи причину этого кризиса ассоциировали только с биологическими влияниями полового созревания, считая кризисные явления мало связанным с особенностями воспитания. Однако большинство психологов основную причину столь бурных поведенческих проявлений усматривают в особенностях социально-психологической ситуации развития подростка: взрослые не перестраивают своего поведения, сохраняя "детские" формы взаимоотношений с подростком в ответ на формирующееся "чувство взрослости" подростка. Подросток стремится быть взрослым и совершать "взрослые поступки", хотя в социально-психологическом плане он к этому еще не готов.

Интересно отметить, что субъективно сложности воспитания и родители, и учителя связывают не с кризисом как таковым, когда начинается и идет распад, ломка прежних психологических образований, а с *посткризисным* периодом, падающим на возраст 14-15 лет (7-8-й классы). Трудным для окружающих подростка становится *период созидания, формирования новых психологических образований*. Перенос на этот возраст прежних воспитательных мер оказывается чрезвычайно неэффективным (Масгутова С.К., 1988).

Особенности юности. Юность—период жизни после отрочества до взрослости, и главной проблемой здесь будет являться проблема *выбора жизненных ценностей*.

Центральное новообразование ранней юности — *самоопределение старших школьников*. Психологами подчеркивается много-аспектность этого новообразования, включающего потребность занять внутреннюю позицию взрослого человека, осознать себя в качестве члена общества, понять свое назначение.

В зарубежной психологии в качестве аналога понятия "самоопределение" выступает категория "психосоциальная идентичность", разработанная американским психологом Э. Эриксоном (1968). В его понимании взросление рассматривается как "*нормативный кризис идентичности*", поворотная точка развития личности. В период такого кризиса в равной мере обостряется как личностная уязвимость, так и возможности для нового витка личностного роста. Личность как бы оказывается перед выбором между двумя альтернативными возможностями: одна ведет к позитивному, а другая — к негативному его направлениями. Симптомы кризиса в норме полностью исчезают, но в случае преобладания негативных явлений они закрепляются, став характерологическими особенностями личности.

Выделяют несколько типовых вариантов формирования идентичности (Д. Марше):

- "диффузная" идентичность — еще не сложившаяся и не определенная, так как человек не вступил в пору кризиса и не прошел испытания с определением себя;

- предрешенный вариант развития — индивид ранее половенного срока включился во "взрослую" систему отношений, следовательно это не самостоятельно, а под чужим влиянием (неблагоприятный фактор для становления личностной зрелости);
- "проба ролей" в попытках выработать самоидентичность — выражается в интенсивном "поиске самого себя";
- "зрелая идентичность" — кризис завершен, и чувство собственной определенности обретено, начинается самореализация.

В ряд наиболее объективно и субъективно важных для юношей проблем может быть поставлена *проблема смысла жизни*. Размышления о себе и своем жизненном предназначении у юношей в явной форме встречаются довольно редко. Бытует даже мнение среди них, что "если человек задается подобными вопросами, то, значит, пора умирать" (Снегирева Т.В., 1991). Однако потребность в смысле жизни характеризует взрослые формы поведения, и в процессе взросления она образует именно тот "узел", который позволяет человеку строить свою жизнь не как последовательность разрозненных случайностей, а как целостный процесс, имеющий цели и преемственность. Кроме того, она помогает человеку интегрировать все свои способности, максимально их использовать, следуя выработанной концепции жизни.

В юности совершается открытие своего внутреннего мира, которое сопровождается переживанием его исключительной ценности. С одной стороны, это создает условия для того, чтобы задуматься о смысле своего существования, но, с другой стороны, проблема смысла жизни не только мировоззренческая, но и вполне практическая. Ответ на нее содержится не во внутреннем мире, а вне его — в мире реальном, в мире, где будут раскрываться способности молодого человека, в его деятельности и чувстве социальной ответственности. Именно этого еще не имеется у юноши в начале жизненного пути. Таким образом, замыкаясь на самом себе, поиск смысла жизни как бы обречен на то, чтобы оставаться лишь упражнением юношеского мышления. Юноше важно знать, что смысл жизни надо искать в окружающем его мире, а не только внутри себя.

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И ВЗРОСЛЕНИЕ

Главными опорными признаками физического созревания являются: скелетная зрелость, появление вторичных половых признаков и период скачка в росте.

Показатели соматического
созревания
(Личко А.Е., 1985)

Название	Возраст (годы)	Развитие вторичных половых признаков	Рост (см)	Масса тела (кг)
Мужской пол				
Предподростковый (препубертатная фаза)	10-11	Начало увеличения полового члена и яичек. Начало бурного роста тела (в среднем 5 см в год)	141±6	34+7
Младший подростковый (1-я пубертатная)	12-13	Единичные пушковые укорня полового члена. Начало частых эрекций. В конце — набухание грудных желез.	152* 7	43+7
Средний подростковый (2-я пубертатная фаза)	14-15	Густые длинные курчавые волосы на лобке в виде треугольника. Единичные волосы в подмышечной впадине. Пушок на верхней губе. Набухание грудных желез. Первые эякуляции (поллюции, онанизм). Ин-	165+ 8	52+8
Старший подростковый возраст (3-я пубертатная фаза)	16-17	Оволосение лобка в виде ромба (рост волос к пупку). Обильный рост волос в подмышечной впадине. Рост усов, пушок на щеках и подбородке. Замедление роста (2-3 см в год). Стойкий	174+ 7	62±9
Послеподростковый (постпубертатный)	18-19	Рост бороды, появление волос на груди. Резкое замедление роста скелета (1	175+ 7	64+8
Женский пол				
Предподростковый	10-11	Рост костей таза. Единичные волосы на лобке. Начало роста молочных желез.	141 + 6	34±7
Младший подростковый (1-я пубертатная фаза)	12-13	Первые месячные (обычно без овуляции), интенсивный рост волос на лобке. Единичные волосы в подмышечной впадине. Пигментация сосков.	154+ 7	44+8
Средний подростковый (2-я пубертатная фаза)	14-15	Волосы с лобка переходят на внутреннюю поверхность бедер. Рост волос в подмышечной впадине. Возможность нормальной беременности. Замедление	160+ 6	53 ±8
Старший подростковый возраст (3-я пубертатная фаза)	16-17	Регулярные месячные. Остановка роста скелета.	1621 6	55±8
Послеподростковый (постпубертатный)	18-19	Без изменений в сравнении с предыдущим периодом.		

На вопрос о влиянии соматического развития (темпа созревания, соматической конституции) на психические процессы и свойства личности ответить нелегко. Дело не в том, что генетические факторы не имеют самостоятельного значения. Вероятно, что определенные гены несут программы развертывания как физических, так и ряда психических свойств. Но, имея дело с поведением и сложными психическими свойствами человека, довольно трудно однозначно разделить их генетические и социальные детерминанты.

Если непосредственное влияние телосложения на психику проблематично, то опосредованное его влияние бесспорно. Известны три главных соматотипа: эндоморфный (рыхлый, с избытком жира), мезоморфный (стройный, мускулистый) и эктоморфный (худой, костлявый). Во всех возрастах наиболее привлекателен мезоморфный, а наименее — эндоморфный тип. Со стройным, мускулистым типом подростки ассоциируют качества вожака, спортивность, энергичность и тому подобное. Напротив, толстяк, "жирный" часто является предметом насмешек. Много трудностей в отношениях со сверстниками и у ретардантов, особенно на фоне всеобщей акселерации. Одни подростки, осознав свою физическую слабость, пассивно смиряются с ней или начинают испытывать чувство неполноценности. Другие компенсируют недостаток в других сферах — учебе или усиленно занимаются спортом. Выбор этих вариантов во многом зависит от позиции взрослых — родителей, учителей. У девочек телосложение и оценка со стороны сверстниц также взаимосвязаны, но менее тесно, чем у мальчиков. Влияние телосложения на личность не однозначно и не фатально. Одни и те же качества имеют не одинаковое значение на разных этапах развития. Если вначале подростку для самоутверждения среди сверстников достаточно роста и физической силы, то позже на первый план выступают интеллектуальные и волевые качества и тот, кто шел по линии наименьшего сопротивления, может оказаться в трудном положении.

Как уже отмечалось, все процессы созревания в период взросления протекают крайне неравномерно и неодновременно, причем это проявляется как на межиндивидуальном уровне (один мальчик может быть послепубертатным, другой — пубертатным, третий — допубертатным), так и на уровне внутрииндивидуальном (разные биологические системы того же человека созревают не одновременно). В этой связи актуальными для врачей, психологов и педагогов становятся вопросы, связанные с феноменами ускорения (акселерация), замедления (ретардация) и искажения (дизонтогенез) процессов развития и созревания.

Акселерация развития как массовое явление проявилась во второй половине XX столетия. В прошлых поколениях половое созревание у мальчиков начиналось в 13-14 лет, у девочек в 12-14 лет и завершалось у юношей в 20-23 года, у девушек в 18-20 лет.

Причины акселерации неизвестны. Есть предположения о влиянии на эти процессы солнечной активности, урбанизации, смешанных браков. В конце 70-х — начале 80-х годов появились признаки спада акселерации.

Наиболее неблагоприятной считается *акселерация по типу интенсификации физического развития*. Первые фазы пубертата при этом наступают своевременно, но затем (в 13-15 лет) подросток скачком, за 1-2 года, проходит 2-ю и 3-ю фазы и в 14-16 лет выглядит как взрослый. В период такого интенсивного роста у подростков наблюдаются сердцебиения, колебания артериального давления, обмороки, ознобы, потливость, колебания настроения, конфликтность и т.д.

Ретардация развития — термин используется как противоположность акселерации, т.е. задержка, запаздывание физического, сексуального и интеллектуально-личностного созревания. Для психологов, педагогов и психиатров наибольшее значение имеет задержка психического развития ребенка (ЗПР). Конечно, ЗПР может быть следствием раннего воздействия вредности на мозг ребенка (родовые травмы, тяжелые соматические болезни младенца) — "преимущественно энцефалопатическая" форма ЗПР, но гораздо чаще встречается "преимущественно дизонтогенетическая" форма ЗПР как истинная аномалия самого процесса созревания мозга и психики. Ретардация психического развития теснейшим образом связана с проблемой школьной неуспеваемости в младшей школе. Таких детей нужно направлять в "классы выравнивания", где несколько увеличены сроки прохождения школьной программы, щадящий режим, проводится и специальная общеукрепляющая терапия. Как правило, в дальнейшем большая часть детей в развитии "догоняет" своих сверстников и может обучаться в обычных классах. ЗПР следует отличать от олигофрении, где психическое развитие останавливается, такие дети в массовой школе обучаться не могут.

Ретардацию психического развития следует также отличать от психического инфантилизма. Психический инфантилизм проявляется в незрелости эмоционально-волевой сферы и вызван нарушением синхронности созревания эмоциональных, волевых и интеллектуальных процессов. Инфантилизм может быть гармоническим, дисгармоническим, органическим, осложненным или неосложненным.

ным, однако всегда сохраняется термин "инфантилизм", поскольку инфантилизм и есть основная сущность этого состояния.

При ретардации подразумевается, что со временем отставание может быть наверстано, а при инфантилизме большинство его признаков не исчезает и сохраняется у взрослых. Кроме того, ретардация может также включать и задержку интеллектуального развития, чего обычно не бывает при инфантилизме. При инфантилизме на первый план выступает задержка развития в эмоционально-волевой сфере. Таким образом, инфантилизм представляет собой различные варианты более стойкой, чем ретардация, задержки физического, сексуального и личностного развития.

Дети с инфантилизмом также нередко оказываются в числе неуспевающих в школе, но эта неуспеваемость обусловлена не нарушениями в познавательной сфере ребенка, а связана с детскостью и наивностью поведения, желаниями игры, поздним формированием школьных интересов, чувства долга. Такие дети отвлекаемы, им трудно сосредоточиться, они не удерживают инструкции педагога. В двигательной сфере много лишних движений, порывистости, задержка моторики особенно проявляется в рисовании, письме, ручном труде. Синдром двигательного излишества и есть проявление моторного инфантилизма, что отражает задержку в созревании корковых механизмов движений. В моторике отражается преобладание экстрапирамидной системы над пирамидной вследствие еще недостаточной зрелости последней.

Полагают, что гармонический психический инфантилизм связан с задержкой формирования лобных систем мозга. Именно это приводит к недоразвитию личности в целом. При осложненных формах инфантилизма он сочетается с задержками развития других систем, например, речи.

1. Гармонический (психофизический)

инфантилизм — выявляется с первых классов школы. Грацильное телосложение, детские манеры сохраняются и в пубертате, характерна наивность при достаточном запасе знаний, предпочитают компании детей более младших по возрасту.

2. Психический инфантилизм на фоне нормального или акселерированного физического развития — касается прежде всего интересов и поведения. Морально-этические принципы формируются медленно, они долго остаются "детскими", хотя интеллектуальное развитие чаще всего достаточное. Детскость психики проявляется и в выражении лица: внешний вид по типу "лицо ребенка на туловище взрослого".

Отдельные черты психической инфантилизации могут наступить вследствие неправильного воспитания — гиперпротекции, воспитания по типу "кумира семьи" и других.

3. Дисгармонический инфантилизм связан с недостаточностью функций гипофиза и половых желез {эндокринопатический инфантилизм) или возникает в силу общего соматического заболевания —

туберкулеза, бронхиальной астмы, ревматизма и других (*соматогенный инфантилизм*). При этом могут быть признаки как физической, так и психической незрелости.

Дизонтогенез — включает как ретардацию, акселерацию, так и асинхронию развития. При этом различные морфо-функциональные системы организма развиваются крайне неравномерно.

При **психическом дизонтогенезе** (Ковалев В.В., 1976) имеет место неравномерное психическое развитие с выраженным опережением одних психических функций и свойств с отставанием других. Выделяют два основных типа психического дизонтогенеза.

Первый тип асинхронии психического развития характерен для олигофрении и задержек психического развития, включая состояния общего и частичного (парциального) психического инфантилизма.

Главным признаком здесь является запаздывание перехода от природно-психических (влечения, возбудимость-инертность и др.) к социально-психическим (интересы, склонности и др.) свойствам личности. Однако общая закономерность единства биологического и социального, при ведущей роли последнего, сохраняется. Это не распространяется на глубокие степени слабоумия (идиотия, выраженная имбецильность), хотя во всех других случаях именно социально-психическое играет решающую роль в приспособлении, хотя и на низком уровне, к жизни в обществе.

Второй тип асинхронии психического развития свойственен психопатиям в периоде их становления и в какой-то степени детской шизофрении. Здесь также происходит неравномерное развитие компонентов и свойств психики — недостаточность или усиление ее природно-психических свойств (влечения, возбудимость-инертность нервной системы и другие) заметно диссоциируют с социально-психическими компонентами личности, причем последние часто акселерируют.

Следует обратить внимание на наличие достаточно выраженных личностных реакций на нарушения природно-психических компонентов — это различные реакции гиперкомпенсации, но они все-таки вторичные психические образования и не являются процессуальными в собственном смысле слова.

Знание проблем психического дизонтогенеза приобретает большое значение в детской психиатрии. Как известно, в психиатрии **негативными симптомами** принято называть симптомы стойкого или временного *выпадения психических функций* (например, ослабление памяти, симптомы слабоумия и др.), в то время как **позитивные (продуктивные) симптомы** являются качественно новыми психи-

ческими образованиями и связаны они с возбуждением сохранных механизмов мозга (галлюцинаторно-бредовые, аффективные и другие симптомы).

Детскому возрасту свойственно продолжающееся развитие, поэтому при психических заболеваниях у детей, наряду с негативными и продуктивными симптомами, которые идут от уже сформированных мозговых структур, большое место в оформлении клиники болезни принадлежит так называемым негативным и продуктивным дизонтогенетическим симптомам.

Негативные дизонтогенетические симптомы связаны не с болезненным выпадением некоторых психических функций, а с приостановкой, задержкой их онтогенетического созревания. Здесь могут быть задержки развития мышления, речи или психомоторики, а также различные варианты проявлений диспропорций развития темперамента, влечений и эмоционально-волевой сферы.

Продуктивные дизонтогенетические симптомы имеют в своей основе также не болезненный процесс, а явление дисфункции созревания, возрастной незрелости функциональной системы. Это часто сопровождается возбуждением с фиксацией и автоматизацией способов реагирования, свойственных незрелым механизмам мозга того или иного периода онтогенеза. Так возникают симптомы типа эхолалии, эхопраксии, различные стереотипные движения, стереотипные страхи, ипохондрические переживания, сверхценные увлечения, метафизическая "интоксикация" и другие.

В детской психиатрии выделяют большую группу синдромов психических нарушений, которые в другие возрастные периоды обычно не встречаются. Эти синдромы отражают не столько природу заболевания, сколько тип нервно-психического реагирования, свойственный данному возрасту.

1. Синдром невропатии — "врожденная"
(конституциональная)

нервность. Характеризуется повышенной возбудимостью с неустойчивостью вегетативных функций (срыгивания, рвота, запоры, нарушения аппетита, избирательность питания, субфебрилитет, вегетативные кризы и обмороки), быстрой истощаемостью с пугливостью и страхом всего нового. Встречается в возрасте до 3 лет. Синдром нозологически неспецифичен, хотя чаще встречается в структуре резидуально-органической недостаточности ЦНС. Скорее, он связан с "дисфункцией созревания", т.к. возникает не сразу после рождения, а спустя 3-4 месяца. В видоизмененном виде элементы его сохраняются вплоть до подросткового возраста. Характеризует соматовегетативный уровень реагирования.

2. Ранний детский аутизм — почти полное
отсутствие потребности в контакте с окружающими, безразличие к близким, эмоциональная

холодность, страх новизны, приверженность к порядку и стереотипии. Встречается относительно редко — у 2 детей на 10 тысяч школьников.

Еще в 3 месяца жизни у них наблюдается отсутствие "комплекса оживления", замедлено формирование навыков самообслуживания, но отчетливо аутизм проявляется в возрастном диапазоне от 2 до 5 лет. Такие дети одиноки и молчаливы — редко сами задают вопросы и говорят. В их поведении замечаются своеобразные потряхивания кистей и подпрыгивания, которые, возможно, являются эквивалентом положительных эмоций.

Прогноз зависит от нозологической принадлежности синдрома. В отличие от шизофрении, он не является процессом и характеризует аномалию развития с преимущественным соматовегетативным и психомоторным уровнем реагирования.

3. Двигательная расторможенность (гиперкинетический или гипердинамический синдром) — характеризует психомоторный уровень реагирования. Встречается у 5-10% школьников начальных классов, чаще у мальчиков. Его проявления замечаются в возрастном диапазоне от 1,5 до 15 лет с максимумом в 6-10 лет.

Ребенок в постоянном движении, неусидчив, все трогает, хватает, бегают, внимание привлекается с трудом, задает массу вопросов, а ответы не слушает (синдром дефицита внимания). В анамнезе у таких детей часто встречается патология внутриутробного периода развития — недоношенность, трудные роды и тому подобное. При обследовании иногда обнаруживаются нарушения гнозиса, праксиса и сочетание синдрома с эпилепсией и олигофренией.

4. Синдром уходов и бродяжничества (аффективный уровень реагирования) — характерен для возрастного диапазона от 7 до 17 лет, чаще — 10-11 лет (до 0,5% школьников).

У детей обидчивых, сенситивных, с чертами эмоционально-волевой неустойчивости и инфантильности первый уход из дома чаще фиксируется после родительского наказания. У гипертимно-неустойчивых подростков уходы из дома чаще являются проявлениями реакции эмансипации или жажды впечатлений. Безмотивные уходы и бродяжничество должны настораживать в плане возможности наличия дисфории или расстройств влечений (эпилепсия, шизофрения).

5. Синдром страхов (аффективный уровень реагирования) — наиболее характерен для конца дошкольного — начала школьного возраста.

Вариантов синдрома много, но чаще бывают беспричинные страхи, или причина их неадекватна, иногда заметна склонность к генерализации страхов. Различают страхи навязчивые (фобии), сверхценные, бредовые и бессодержательные (витальные, с вегетативным сопровождением). Особое место занимают ночные страхи, которые чаще встречаются в более младших возрастных группах.

6. Дистиморфобия-дистиморфомания — болезненная (навязчивая, сверхценная или бредовая) убежденность в

неправ
ильном
анатом
ичес-

ком сложении или функционировании тела или отдельных его частей, часто с требованиями косметологических операций. Встречается обычно в подростково-юношеском возрасте и представляет значительные трудности отграничения от пика естественного возрастного повышенного интереса к своей внешности у подростка (здоровое недовольство своей внешностью — "синдром гадкого утенка").

6. Нервная (психическая) анорексия — заключается в сознательном ограничении в еде с целью похудения. Чаще встречается у девочек-подростков и в юношеском возрасте (примерно 1 случай на 200 школьниц). Очень часто сочетается с убежденностью в собственной "излишней полноте".

К быстрому похуданию с появлением нейроэндокринных расстройств (прекращение менструаций и другие) часто приводит вызывание искусственной рвоты после каждого приема пищи. Самоограничения в пищевом режиме и сами мотивы такого поведения тщательно скрываются от окружающих, особенно от родителей.

Нервная анорексия в некоторых случаях переходит в *нервную булимию* (волчий голод). Последнюю иногда рассматривают как самостоятельное нарушение.

7. Метафизическая (философическая) "интоксикация" и

странные увлечения — встречаются обычно в интервале от 11 до 17

лет при шизофрении и шизоидной психопатии.

Подростки, в ущерб

всем другим делам, сосредоточены на бесплодных размышлениях фило

софского, религиозного или другого теоретического плана. Это стрем

ление быстро приобретает сверхценный характер и сопровождается

необычными увлечениями — изучением редкого иностранного языка,

коллекционированием гвоздей или помета птиц и так далее. Важно отме

тить, что вся эта деятельность не соответствует реальным знаниям и

возможностям подростка, не корректируется, поглощает все его время и

носит болезненный характер.

СЕКСУАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ И ВЗРОСЛЕНИЕ

Формирование половой зрелости в период взросления включает в себя два взаимосвязанных процесса: биологический процесс сексуального развития и психосоциальный процесс усвоения индивидом своей половой роли, признания ее обществом. Оба эти процесса не идут синхронно хотя бы потому, что даже достигнув биологической половой зрелости, взрослеющий человек еще не в состоянии выполнять полноценно отцовские или материнские обязанности, содержать семью.

В сексуальном развитии подростка и формировании его половой роли наряду с генетико-биологическим фактором (половая дифференцировка мозга во внутриутробном периоде) большое значение

имеет воспитание, полоролевое поведение родителей и собственный опыт первых сексуальных контактов.

Биосоциальная половая роль подростка может развиваться в сторону адекватной и гармоничной гетеросексуальности или отклонений от нее: бисексуальности, гомосексуальности, транссексуальности, нарушений сексуального поведения, включая преступное. Необходимо отметить, что особенности полоролевого поведения ребенка, подростка, юноши находятся в тесной взаимной связи со становлением его характера и личности.

Хотя только в период полового созревания сексуальность и сексуальное поведение становятся доминирующими, их элементы прослеживаются с раннего возраста. З. Фрейд правильно определил главные ступени детского сексуального развития и его отдельные черты, однако предложенное им деление в своей исходной форме не подтвердилось эмпирически.

В современной сексологии выделяют несколько периодов формирования и проявления сексуальности человека: парапубертатный, препубертатный, пубертатный, переходный, зрелой сексуальности и инволюционный (Маслов В.М., Ботнева Г.В., Васильченко ЕС, 1983).

1. Парапубертатный период (1-7 лет) —

характеризуется формированием полового самосознания. Правильное представление о своей половой принадлежности формируется у ребенка уже к 1,5-2 годам, а к 3-4 годам возникает и понимание ее необратимости. Даже иронические попытки взрослых исказить половую принадлежность ребенка вызывают у него бурный протест и негодование. С этого времени также появляется своеобразное любопытство и исследовательские манипуляции с половыми органами. Характерны вопросы о деторождении, строении тела, а также игры с обнажением, демонстрацией и созерцанием половых органов.

Встречающаяся в этом возрасте *ранняя допубертатная мастурбация* выходит за рамки возрастной сексуальной любознательности и чаще всего является реакцией на эмоциональную депривацию, заброшенность или деспотичное обращение взрослых. Наказания и осуждение за сексуальные игры, сцены насилия и развратные действия старших могут отрицательно влиять на становление сексуальности в будущем. При этом конкретное содержание подобных ситуаций обычно амнезируется, но их аффективная насыщенность может создавать условия для парциальных психических задержек, препятствующих впоследствии становлению гармонии в браке.

2. Препубертатный период (7-13 лет) —

характеризуется становлением стереотипа полоролевого поведения в континууме мас

кулинности — феминности.

Усвоение ребенком стандартов мужского или женского поведения зависит от групповых ценностей ближайшего окружения и влияния целенаправленного формирования взрослыми ожидаемых качеств мужественности или женственности.

В начальной школе однородный коллектив детсадовской группы обычно распадается на "враждующие" группировки девочек и мальчиков. Игровая межгрупповая агрессия ("все мальчишки — драчуны..." или "все девчонки — плаксы и ябеды...") является типичным проявлением начала дифференциации половых ролей.

Во второй половине препубертатного периода происходит всплеск привязанности к родителю своего пола. Межполовые контакты в этот период носят конкретно-иммитационный характер, часто утрированно пародируя мужской или женский стереотип в кругу сверстников. Мнение последних выступает здесь в качестве важного социализирующего фактора, разрушающего феминные стереотипы у мальчиков и маскулинные — у девочек.

Встречающаяся в этом возрастном диапазоне мастурбация у мальчиков чаще идет по механизмам подражания более старшим подросткам, а у девочек чаще связана с общим ускорением полового развития или ускорением парциальным — с повышением сексуальной возбудимости, чаще в результате резидуального органического поражения нервной системы.

3. Пубертатный период (12-18 лет) — характеризуется пробуждением полового влечения (либидо), первыми менструациями у девочек и первыми эякуляциями (чаще при ночных поллюциях) у мальчиков. Для многих мальчиков (70-75%) и некоторых девочек это служит толчком к началу мастурбации. Завершается пубертатный период у большинства началом половой жизни около 19 лет.

Для пубертатного периода характерны вначале платонические мечты и фантазии, ухаживание со стремлением к духовному общению (формирование **платонического либидо**), а затем и эротические фантазии, ухаживание со стремлением к физическому общению — эротические ласки и игры (формирование **эротического либидо**).

В пубертатном периоде идет окончательное формирование психосексуальных ориентацией, т.е. выбора объекта полового влечения с его индивидуальными особенностями — половой принадлежностью, типом внешности, "рисунком" поведения.

4. Переходный период (16-26 лет) — фантазии приобретают сексуальный характер, имеет место мастурбация, начало половой жизни и наблюдаются первые сексуальные эксцессы (происходит

формирование **сексуального либидо**).

5*

5. *Период зрелой сексуальности (22-55 лет)* — характеризуется регулярной половой жизнью, вхождением в полосу условно-физиологического ритма (УФР).

6. *Инволюционный период (51-70 лет)* — характеризуется снижением половой активности, регрессом либидо до уровня эротического и платонического.

Каждому из первых трех периодов становления сексуальности свойственна фазность: сначала идет выработка установки к соответствующему ролеполовому поведению, а в дальнейшем — ее реализация (научение) с закреплением на практике.

Фаза выработки установки (первая фаза) включает накопление информации о взаимоотношениях полов и своей половой роли.

Научение и закрепление (вторая фаза) характеризуется приобретением навыков в игровых ситуациях (парапубертатный и препубертатный периоды) или реализацией полового влечения в реальных ситуациях — общение, петтинг, половой акт (пубертатный и переходный периоды).

Для подростков-юношей характерно интенсивное половое влечение, обеспечивающее реализацию возникающих психосексуальных установок.

Для подростков-девушек физиологические проявления пубертатного периода (менструации) и последствия сексуальной активности (дефлорация, беременность, роды, аборт) нередко ассоциируются с негативными переживаниями и тормозят переход эротической стадии либидо в сексуальную. Кроме того, меньший либидиозный эффект женских половых гормонов и более строгое отношение общества к ранней сексуальной активности девушки также способствуют задержке женской сексуальности на эротической стадии.

Формирование психосексуальных ориентации и построение эталонного образца партнера свойственны как юношам, так и девушкам. Хотя образ идеального партнера ориентирован первоначально на внешние признаки и является сплавом эротически значимых, но разнородных качеств, его формирование завершается появлением влюбленности в объект, похожий по нескольким признакам на образец идеала (Васильченко ЕС, 1990). Одновременно происходит упрочение установки в эротических гетеросексуальных контактах (танцы, объятия, поцелуи, телесные ласки).

Наряду с яркой чувственностью, юношеская влюбленность, по мнению известного сексолога И.С. Кона (1980), не лишена игрового характера, и собственные переживания юноше порой важнее, чем объект привязанности. В выборе объекта влюбленности у них значительное место принадлежит мнению сверстников, поэтому объекты

увлечения нередко имеют групповой характер, так как популярность избранницы существенно повышает собственный престиж подростка. Сексуальная активность подростка-юноши часто диссоциирована, т.е., наряду с выраженным обожанием, избранницы не исключаются эротические контакты с менее привлекательной, но доступной девушкой.

Подростковая мастурбация служит средством разрядки полового напряжения, вызываемого физиологическими причинами. Одновременно она стимулируется и психическими факторами, так как сопровождается яркими эротическими фантазиями, где подросток может выбирать себе любых партнеров и ситуации.

И.С. Кон применительно к подросткам и юношам отмечал, что тревожить должен не сам факт мастурбации, так как она массовая в этом возрасте, и даже не ее количественная интенсивность, так как индивидуальная "норма" связана с половой конституцией, а только те случаи, когда мастурбация становится навязчивой, вредно влияя на самочувствие, настроение и поведение.

Сексуальная ориентация. Более сложный вопрос в подростковой сексуальности — формирование сексуальной ориентации. Лица, ведущие исключительно гомосексуальный образ жизни, в среднем составляют 2-5% мужского и 1-2% женского населения. Однократное или временное влечение к лицам своего пола и сексуальные контакты с ними значительно чаще встречаются в предподростковом (10-12 лет) и подростковом (до 15 лет) возрасте. Вопреки распространенному мнению, что подростков совращают взрослые, большинство подобных контактов происходит между самими сверстниками.

3. Фрейд связывал гомосексуальность с изначальной бисексуальностью человека. Окончательный баланс гетеро- и гомоэротических влечений складывается, по Фрейду, только после полового созревания. У подростка, по его мнению, этот процесс не завершен, поэтому скрытая гомосексуальность находит свое выражение в играх, однополый дружбе (гемофилия) и прямых гомосексуальных контактах. Сейчас такая точка зрения кажется упрощенной. Взаимоотношения подростка с лицами своего и противоположного пола нужно рассматривать в общей системе межличностных отношений, которые не сводятся только к сексуально-эротическим. Многие подростки, замеченные в гомосексуальных контактах, в дальнейшем имеют нормальную гетеросексуальную ориентацию. С другой стороны, взрослые гомосексуалисты часто могут отметить, что в школьные годы они не участвовали в гомоэротических играх своих одноклассников.

И.С. Кон (1980) отмечает, что воспитатели и родители должны отдавать себе отчет в том, что интимные эротические переживания

подростков и юношей находятся практически вне сферы педагогического контроля, а повышенный интерес к ним со стороны взрослых большей частью имеет отрицательные последствия. Отличить статистически нормальное возрастное сексуальное экспериментирование от признаков зарождающейся взрослой девиантной сексуальности трудно даже специалисту, все проявляется лишь с течением времени. Сексуальная ориентация в большинстве случаев не является делом свободного выбора, изменить ее чрезвычайно трудно, а то и вовсе невозможно.

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ И ВЗРОСЛЕНИЕ

Главным психическим новообразованием в интеллектуальной сфере подростков является *переход к абстрактному мышлению*, т.е. мышлению в понятиях. Несмотря на то что этот высший уровень мышления начинает формироваться по времени гораздо раньше, только у подростков он становится преобладающим над наглядно-действенным и наглядно-образным мышлением.

Развитию абстрактного мышления способствует изучение подростком точных наук, усвоение понятий. Связь между овладением знаниями и развитием мышления двусторонняя: накопление знаний стимулирует развитие мышления, а развитие мышления способствует систематизации знаний, умению пользоваться ими на практике. Развитие теоретического мышления обуславливается переходом от усвоения сравнительно конкретных научных знаний к изучению все более общих закономерностей. Личностный характер мышления проявляется у подростка в стремлении иметь во всем собственную точку зрения.

Важно отметить, что свои новые умственные качества подростки и юноши часто еще применяют выборочно, т.е. к тем сферам деятельности, которые для них значимы и интересны. Поэтому, чтобы выявить реальный умственный потенциал личности, надо сначала выделить сферу ее преимущественных интересов.

Это важно не только для психодиагностики, но и для работы с трудными подростками. При стандартных измерениях у последних интеллектуальный тест (равно как и школьная отметка) часто оказываются заниженными, в то время как в своей среде, при решении своих жизненных задач они нередко проявляют незаурядную смекалку и находчивость.

Развитие способности к гшютико-дедуктивному мышлению знаменует появление не только нового интеллектуального качества в юности, но и соответствующей потребности. Например, подростки

готовы часами спорить об отвлеченных предметах, о которых они еще мало знают. Это отвлеченное от реальности "пустопорожнее философствование" так же необходимо и полезно, как и бесконечные "почему" дошкольника. Оно свидетельствует о новой стадии развития интеллекта, когда абстрактная возможность кажется интереснее и важнее действительности, так как она не знает никаких ограничений, кроме логических. Изобретение, а затем разрушение "универсальных законов и теорий" становится своего рода любимой умственной игрой в этом возрасте (Кон И.С., 1989).

Переходный возраст стимулирует творческие способности личности, важнейшим интеллектуальным компонентом которых является *дивергентное мышление*. Последнее предполагает, что на один и тот же вопрос может быть множество равноправильных и равноправных ответов (в отличие от конвергентного мышления, ориентирующегося на однозначное решение и снимающего проблему как таковую).

Предметом анализа у подростка становятся и его собственные интеллектуальные операции, т.е. мышление становится *рефлексивным*. Развитие и углубление рефлексивных процессов приводят в подростковом и юношеском возрасте к формированию нового уровня самосознания — *открытию своего внутреннего мира*. Это открытие не только радостное и волнующее, оно приносит и много тревожных, а порой и драматических переживаний, т.к. внутреннее "Я" может не совпадать с внешним, реальным поведением.

Юношеское "Я" вначале еще неопределенно, расплывчато и нередко переживается как смутное беспокойство или ощущение внутренней пустоты. Отсюда растет потребность в общении и одновременно повышается его избирательность, а также потребность в уединении. Вместе с осознанием своей уникальности, неповторимости и непохожести на других часто приходит и чувство одиночества. Осознание своей непохожести на других хронологически и логически предшествует пониманию своей внутренней связи и единства с окружающими людьми.

Не менее сложным процессом является осознание своей преемственности, устойчивости своей личности во времени. Для ребенка из всех измерений времени самым важным является настоящее — "сейчас". У подростков положение меняется и обостренно начинает восприниматься чувство необратимости времени, что часто соседствует с размышлениями на темы смерти.

Ребенок рано начинает интересоваться природой смерти, но его первоначальный интерес носит познавательный характер. Расставаться с идеей личного бессмертия трудно и мучительно. Такая драматическая постановка вопроса пугает и взрослых. Между тем именно

отказ от веры в личное бессмертие и принятие неизбежности смерти побуждает подростка всерьез задуматься о смысле жизни и о том, как лучше прожить ее. Бессмертному некуда спешить, незачем думать о самореализации, бесконечная жизнь не имеет конкретной цели. В подростковом самосознании тема смерти звучит остро, но также неоднозначно. У одних это возрождение иррациональных, безотчетных детских страхов, а у других—новая интеллектуальная проблема. Невозможность личного бессмертия часто "заменяется" идеей бессмертной славы, вечной жизни в героических поступках (Кон И.С., 1980).

СОЦИАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ И ВЗРОСЛЕНИЕ

Социальное развитие подростка и юноши столь же многопланово и разнообразно, как и физическое или сексуальное. Большинство авторов при формулировке единого объективного критерия социальной зрелости выбирают в качестве рубежа *начало самостоятельной трудовой деятельности*. Данный критерий не только социально и психологически значим, но и объективизирован в народнохозяйственной статистике (завершение образования, приобретение профессии, политическое и гражданское совершеннолетие, вступление в брак, рождение первого ребенка). Однако и в этой сфере наблюдается гетерохронность. Юноша может быть достаточно зрелым в трудовой деятельности, оставаясь на подростковом уровне в отношениях с девушками или в плане культурных запросов, и наоборот.

Следует отметить, что современное общество характеризуется нарастающей сложностью и представлением о задачах и функциях взрослых людей может быть получено в полном объеме только после очень длительного периода обучения. Это приводит к постепенному удлинению "фазы ожидания" между детством и взрослым состоянием, удлинению периода обучения, хотя биологические процессы в целом остаются такими же, как и прежде.

Таким образом, молодые люди, обладая биологическими предпосылками, позволяющими им рассматривать себя как взрослых, остаются в психологическом и психосоциальном планах в "состоянии ожидания", которое не дает им возможности с полной ответственностью участвовать в общественных процессах. Эта ситуация способствует как самоустранению от общественных отношений, так и радикальным позициям и столкновениям на идеологической почве.

Быстрые социальные изменения приводят к расхождению между системами ценностей родителей и детей ("конфликт поколений"), а мно-

гообразии и размытость общественных представлений и норм создают у молодых людей неуверенность в выборе объектов идентификации.

В подростковом возрасте нередко сохраняется склонность к поведенческим реакциям, которые обычно характерны для более младшего возраста: реакция отказа, оппозиции и протеста, имитации, компенсации и гиперкомпенсации. Однако именно для подросткового возраста более типичными являются следующие психологические реакции:

1. Реакция эмансипации — отражает стремление подростка к самостоятельности, освобождению из-под опеки взрослых. При неблагоприятных средовых условиях она может лежать в основе побегов из дома и уходов из школы, аффективных вспышек, направленных на родителей и учителей, а также в основе отдельных асоциальных поступков. При различных асинхрониях созревания, в основном на почве церебральной недостаточности, такие проявления могут быть либо чрезмерными, либо, наоборот, отсутствовать.

2. Реакция группирования — объясняется стремлением к общению со сверстниками, формированию спонтанных подростковых групп с определенным стилем поведения, системой внутригрупповых взаимоотношений и своим лидером. В неблагоприятных средовых условиях и при различных неполноценностях нервной системы склонность к этой реакции может в значительной мере определять поведение и быть причиной асоциальных поступков.

3. Реакция увлечения (хобби-реакция) — отражает особенности внутренней структуры личности подростка. Увлечение спортом, стремление к лидерству, азартные игры, страсть к коллекционированию более характерны для мальчиков. Занятия, мотивом которых является стремление привлечь к себе внимание (участие в самодеятельности, увлечение экстравагантной одеждой и т.п.), более типичны для девочек. Интеллектуально-эстетические увлечения могут наблюдаться у подростков обоих полов.

4. Реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением, многообразны в своих проявлениях. Половое влечение вначале отличается малой дифференцированностью и развивается с нарастающей силой, что в старшем подростковом возрасте обус

лавливает "юношескую гиперсексуальность". В силу этого у подростков легко возникают различные преходящие отклонения: она низм, ранняя половая жизнь, петтинг, транзиторный подростковый гомосексуализм и другие.

Все указанные выше детско-подростковые реакции могут быть представлены как в вариантах, *нормальных* для данного возрастного

периода, так и в вариантах *патологических*, т.е. отклоняющихся от нормальных для этого возраста (девиантное поведение).

Девиантное поведение подразделяется на две большие группы: психопатологическое и антисоциальное.

Психопатологическое девиантное поведение отклоняется от нормы психического здоровья и связано с наличием явной или скрытой психической патологии. Как правило, мотивы поведения психически больного остаются непонятными до тех пор, пока не будут обнаружены основные признаки заболевания (галлюцинации, иллюзии, нарушения мышления или эмоционально-волевые расстройства).

Под *патохарактерологическим типом девиантного поведения* понимают поведение, обусловленное не психическим заболеванием, а патологическими изменениями характера, сформировавшимися в процессе воспитания (расстройства личности — психопатии, выраженные акцентуации характера).

Аддиктивное поведение — одна из форм девиантного поведения с формированием стремления к "уходу от реальности" путем искусственного вызывания у себя изменения психического состояния приемом некоторых веществ или фиксацией внимания на определенных видах деятельности. Основное психическое состояние у таких личностей описывается ими как "скучное", "серое", "безразличное", "однообразное". Аддиктивная активность направлена на получение каких-либо "острых ощущений", которые, пусть временно, но вырывают его из мира эмоциональной бесчувственности (стагнации эмоциональности).

Антисоциальное поведение определяют в случае нарушения каких-то социальных и культурных норм, особенно правовых. В последнем случае, когда такие поступки сравнительно незначительны, их называют *правонарушениями*, а когда серьезны и наказываются **в** уголовном порядке — *преступлениями*. В соответствии с этим и говорят о *делинквентном* (противоправном) и **криминальном** (преступном) поведении. Понятно, что и психопатологическое поведение может быть антисоциальным.

Английские психологи Хевитт и Дженекинс проявления асоциальности подразделяют на *несоциализированные и социализированные формы*. Все они проявляются внешне одинаково — в виде негативизма, непослушания, конфликтности, агрессивности, вспышек ярости, нарушений норм сексуальных отношений. Однако при несоциализированной форме проявления асоциальности неизбежны и направлены против множества людей, а при социализированных формах подросток сохраняет лояльность и не проявляет асоциального поведения по отношению к определенной группе лиц или к отдель-

ным людям. Например, в подростковой асоциальной группе, совершающей кражи, не допускаются такого рода действия внутри группы.

Следует отметить, что подростки второй группы (социализированная асоциальность) более нуждаются в психолого-педагогической коррекции, в то время как подростки первой группы (несоциализированная асоциальность) более нуждаются и более восприимчивы к психолого-медицинской коррекции.

Все девиантные формы поведения у подростков обнаруживают связь с различными видами неполноценности центральной нервной системы, психопатиями и акцентуациями характера. В их формировании большую роль играют и социальные факторы: неблагоприятные условия воспитания и обучения — социальная и педагогическая запущенность.

Наиболее частыми источниками школьной дезадаптации являются непатологические формы поведения, которые носят преходящий характер. По мнению ряда психологов, психическое созревание подростка включает две следующие друг за другом фазы психических изменений: негативную (12-15 лет) и позитивную (16-18 лет). В негативной фазе подросток противопоставляет себя другим, всем противоречит, особенно старшим. В позитивной фазе постепенно выступает противоположная тенденция — социализации, приобщения к духовным ценностям, выработке жизненных правил. Конечно, такое разделение весьма условно и обе тенденции проходят через весь подростковый период. Возраст лишь меняет формы их проявления, но их следует учитывать в при выборе мер педагогической и социальной коррекции непатологических форм отклоняющегося поведения. Патологические формы отклоняющегося поведения уже требуют совместных усилий педагога и врача, медикаментозной терапии.

Дифференциальная диагностика патологических и непатологических форм поведения очень сложна, но и чрезвычайно важна. Для общей оценки степени "патологичности" поведенческих реакций можно использовать критерии, предложенные А.Е. Личко (1983):

- 1)выраженная интенсивность расстройств со склонностью к генерализации (их повторение в самых разнообразных ситуациях, даже под влиянием неадекватных стимулов);
- 2)стойкость реакции со склонностью приобретения характера патологического стереотипа ("клише");
- 3)склонность реакции к превышению социально и психологически приемлемого "потолка" отклонений в поведении;
- 4)поведенческие проблемы подростка влекут за собой все углубляющуюся социальную дезадаптацию.

Патологические формы поведенческих реакций особенно часто возникают на фоне акцентуаций характера. Последние являются

крайними вариантами нормального характера, при котором отдельные черты его чрезмерно усилены. Вследствие этого обнаруживается избирательная уязвимость ("слабое место") в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим. В соответствии с этим Э.Г. Эй-демиллер и В.В. Юстицкий (1983) в проведении психокоррекционной работы (лучше — групповая психотерапия) с такими подростками выделяют три основные цели.

1. Необходимо научить подростка распознаванию трудных имен
но для него ситуаций. Например, при гипертимной акцентуации та
кими являются ситуации, требующие от подростка сдерживать про
явления его энергии, при лабильной — ситуации эмоционального
отвержения со стороны значимых лиц, истероидной — недостаток
внимания к нему как к личности и т.п.

2. Формирование у подростка способности обьективизировать
эти трудности, увидеть их как бы со стороны и проанализировать.

3. Расширение у подростка диапазона возможных способов его
поведения в этих трудных ситуациях, поскольку стандартность и сте
реотипность поведения такого подростка в соответствующих ситуа
циях очевидна.

Для изучения и определения степени трудновоспитуемое™ Д. Стот-том была предложена специальная "Карта наблюдений" (русскоязычный вариант адаптирован в Институте психоневрологии им. В.М. Бехтерева, 1976).

Исследователю предлагаются типичные готовые образцы-фрагменты поведения детей (198 фрагментов), которые сгруппированы в 16 синдромов: недоверие к новым людям, вещам и ситуациям, депрессия, уход в себя, тревожность по отношению к взрослым, враждебность по отношению к взрослым, тревога по отношению к детям, недостаток социальной нормативности (асоциальность), враждебность к детям, неутомимость, эмоциональное напряжение, невротические синдромы, неблагоприятные условия среды, сексуальное развитие, умственная отсталость, болезни и органические нарушения, физические дефекты. На регистрационном бланке отмечаются те фрагменты поведения, которые характерны для данного ребенка.

В отечественной выборке школьников (Мурзенко В.А., 1979) "коэффициент дезадаптации" более 25 баллов (на грани клинических нарушений) по первым 11 синдромам отмечен у 20,8% обследованных. Чаще всего встречались: "враждебность по отношению к взрослому" (34,4%), "недостаток социальной нормативности" (22,2%), "уход в себя" (12,5%), "депрессия" (11,1%), "конфликтность в отношениях со сверстниками" (11,1%), "недостаток доверия к новым людям, вещам и ситуациям" (8,3%).

Глава 24

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В ЗРЕЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Психология периода взрослости

В социальной психологии утверждается, что социализация продолжается непрерывно — всю человеческую жизнь. В определенном смысле можно даже говорить о *первичной* и *вторичной* социализации (Петровская Л.А., 1999). Первая соответствует периоду становления ребенка. Вторая связана с саморазвитием взрослого. Естественно, жизнь взрослого является продолжением детской жизни и вырастает из нее, однако продуктивность жизни взрослого во многом может зависеть от необходимости пересмотра, обновления каких-то ценностей, установок, поведенческого репертуара (при вступлении в брак, рождении ребенка, разводе, болезни и других проблематизирующих жизнь обстоятельствах).

Анализируя собственную жизненную дистанцию, каждый зрелый человек выделяет свои, особые возрастные этапы взрослого состояния. Например, молодой человек после службы в армии чувствует себя намного взрослее сверстников, которые в армии не служили. Существуют и так называемые профессиональные границы у летчиков, операторов определенных производств и т.п. По внутренним ощущениям физически здоровые, волевые люди не чувствуют в себе каких-то особых перемен на границе и 60-летнего возраста. Поэтому очень трудно создать психологическую периодизацию взрослого человека в силу того, что сложно однозначно хронологически выделить, скажем, этапы максимального расцвета личности — акме. Расцвет личности бывает в 40, в 60 и даже 80 лет. У некоторых людей таких "взрывов—подъемов" может быть даже несколько.

Акмеология—наука о периоде максимального расцвета личностного роста, высшего момента проявления духовных сил и творчества. Акме (древнегреческое — "цветущая сила", "вершина возможностей человека") — базовая категория данной науки, вбирающая в себя, наряду с физическими, также социальные, нравственные, профессиональные, ментальные и многие иные высшие достижения в развитии человека.

Большая часть исследователей относит начало периода взрослости к моменту окончания юности — к 18-19 годам, а конец—к возра-

сту 55-60 лет (Бодалев А.А., 1999). В этом диапазоне выделяют ряд стадий: 1) ранней зрелости (18-30 лет); 2) средней зрелости (30-45 лет); 3) поздней зрелости (45-55 лет); 4) предпенсионного возраста (50-55 лет для женщин, 55-60 лет для мужчин). При этом для каждой стадии отмечаются характерные для нее особенности.

Для стадии ранней зрелости характерно овладение ролью взрослого человека, получение избирательного права, полная юридическая и экономическая ответственность. У большинства складывается собственная семья, рождается первый ребенок. Завершается получение высшего образования. На работе осваиваются профессиональные роли, образуется круг общения, в основе которого избранная профессия.

Средняя зрелость — это период совершенства в выполнении профессиональной роли и старшинства, а иногда и лидерства среди товарищей по работе, относительная материальная самостоятельность и сравнительно широкий круг социальных связей, а также наличие и удовлетворение интересов вне рамок профессиональной деятельности.

Поздняя зрелость характеризуется высококвалифицированным выполнением избранных в молодости профессиональных и социальных ролей и, как правило, достижением пика в должностном статусе, а также некоторым снижением социальной активности. Во многих случаях в это время происходит уход из семьи выросших детей.

Предпенсионный возраст — происходит заметное снижение физических и умственных функций, но вместе с тем это годы, благоприятные для занятия наиболее видного положения в своем социальном кругу. В основной области труда наблюдается спад профессиональных притязаний, и происходят существенные изменения во всей мотивационной сфере в связи с подготовкой к предстоящему пенсионному образу жизни.

Одной из наиболее интересных зарубежных концепций, вошедших в научный "арсенал" современной возрастной психологии, является теория американского психолога Эрика Эриксона (Erikson E.H., 1964) о восьми стадиях развития личности. В психологии взрослых людей он выделил три основные стадии: ранней (25-35 лет), средней (35-45 лет) и поздней (45-60 лет) зрелости.

Ранняя зрелость (25-35 лет) — главным психологическим моментом этого возраста является установление интимности и близких личных связей с другим человеком. Если человек терпит неудачу в интимном общении, то у него может сформироваться и нарастать чувство изоляции от людей с ощущением, что он может во всем полагаться только на себя самого.

Двадцатилетние обычно имеют дело с выбором супруга и карьеры, намечают жизненные цели и начинают их осуществление. Позже, около тридцати лет, многие приходят к переоценке своих прежних выборов супруга, карьеры, жизненных целей; иногда дело доходит до развода и смены профессии. Наконец первые годы после тридцати, как правило, время сживания с новыми или вновь подтверждаемыми выборами.

Средняя зрелость (35-45 лет) — этот период является периодом своеобразной переоценки личностных целей и притязаний и часто сопровождается внезапным ощущением и осознанием того, что уже прожито полжизни—"кризис середины жизни" (Джеке, 1965).

Кризис середины жизни определяется расхождением между мечтами, целями молодости и действительными, достигнутыми результатами. Поскольку мечты молодости чаще являются не очень реальными, то и оценка достигнутого также часто оказывается негативной и окрашенной отрицательными эмоциями. Человек начинает пессимистично оценивать и свое будущее — "уже не успеть, а менять что-либо поздно...". Заполняя опросники, люди в возрасте 35-40 лет начинают не соглашаться с такими фразами, как "есть еще уйма времени, чтобы сделать большую часть того, что я хочу". Вместо этого они констатируют: "Слишком поздно что-либо изменить в моей карьере" (Гоулд, 1975; цит. по Массен П., Конгер Дж. И др., 1982).

Убывание физических сил и привлекательности — одна из многих проблем, с которыми сталкивается человек в годы кризиса среднего возраста и в последующем. Для тех, кто полагался ранее на свои физические качества и привлекательность, средний возраст может стать периодом тяжелой депрессии. Многие люди просто начинают жаловаться на то, что они больше устают—не могут, например, как в студенческие годы, проводить несколько дней без сна, если этого требует важное дело. Хотя хорошо продуманная программа ежедневных упражнений и соответствующая диета оказывают свое положительное действие. Большинство людей в среднем возрасте начинают полагаться не на "мышцы", а на "мозги". Они находят новые преимущества в знании, накопленном жизненном опыте; они приобретают мудрость.

Другим важным вопросом среднего возраста является сексуальность. У среднего человека в среднем возрасте могут наблюдаться некоторые отклонения в сексуальных интересах, способностях и возможностях, особенно по мере того как подрастают дети. Он может удивиться тому, сколь большую роль сексуальность играла для него ранее в отношениях с людьми. С другой стороны, есть люди, которые и в среднем возрасте продолжают рассматривать каждого человека

противоположного пола лишь в рамках сексуального притяжения или отталкивания, а одноименного пола — как потенциального соперника. По мнению психолога Пека (1968), в более удачных случаях достижения зрелости сексуальная эгоцентрическая установка до известной степени блокируется, а партнеры по общению воспринимаются более как потенциальные друзья и взаимопонимающие личности, т.е. "социализация" в отношениях с людьми замещает прежнюю "сексуализацию".

Успешное разрешение кризиса среднего возраста включает обычно переформулировку целей на более реалистичные с осознанием ограниченности жизни всякого человека. Супруг, друзья и дети приобретают все большее значение, тогда как собственное Я все более лишается своего исключительного положения (Гоулд, 1972). Главным в средней зрелости становится желание повлиять на следующее поколение через собственных детей или путем личного вклада в успехи общества. Эта центральная тема "генеративное™" и определяет желание человека быть продуктивным, нужным окружающим людям, что, в свою очередь, и делает его счастливым. Жизненная неудача на этой стадии может также способствовать изоляции и поглощенности только самим собой.

Поздняя зрелость (45-60 лет) — протекает неодинаково у людей, ярко переживших кризис середины жизни, и у людей, которым удалось его избежать. Последние не производили осознанно ревизии своих планов и достижений и гораздо легче теряют энергичность и живость, так необходимую для продолжения своего личностного роста в последующие годы.

Если переоценка ценностей в середине жизни все же состоялась, то ее следствием является глубинное обновление личности с ростом удовлетворения собой в последующие годы. Активность личности не снижается, и даже наблюдается ее рост. Например, имеются наблюдения, что кроме первого оптимального интервала для выдающихся открытий (40 лет) существует и второй пик творческой активности — в 50-55 лет (Leman Н.С., 1953; Пельц Л., ЭндрюсФ., 1973).

СТАРЕНИЕ И ПСИХОЛОГИЯ СТАРОСТИ

Человек, как и все живые существа, рождается, растет и развивается, достигает зрелости, а затем постепенно начинает увядать, стареет и умирает. Старение и старость — нормальное, естественное, физиологическое явление, это определенный отрезок онтогенеза.

В литературе существуют большие расхождения в определении понятия "поздний возраст" и той возрастной границы, которая знаменует начало старости. В 1970 году на совещании научной группы ВОЗ была достигнута договоренность считать 65 лет началом позднего возраста (old age), хотя убедительного научного и клинического обоснования для его выделения нет. Соответственно возраст в 50-64 года считается в геронтологии средним, в 65-74 года—предстарческим (пожилым), в 75-90 лет—старческим.

Большинство клиницистов, и в первую очередь психиатры, рассматривают возраст в 45-50 лет как начало *инволюции* у человека. Весь инволюционный отрезок онтогенеза ими подразделяется на три периода: 45-60 лет—климактерический, пострепродуктивный период; 60-70 лет — пресенильный период (пожилой, предстарческий возраст); 70 и более лет — сениум (старость).

Физиологический и патологический климакс. Климактерический период в жизни женщины связан с возрастной перестройкой гипоталамической области (повышение порога чувствительности к регулирующему влиянию половых гормонов), приводящей к нарушению цикличности менструаций и прекращению репродуктивной способности. Большинство авторов физиологическим считают климакс, протекающий без выраженных патологических симптомов с постепенным угасанием менструальной функции. Патологический климакс проявляется дисфункциональными маточными кровотечениями и так называемым климактерическим синдромом. Последний, кроме вегетативных ("приливы" жара, потливость, колебания давления крови) и эндокринных проявлений, включает комплекс психопатологических нарушений. Происходит своеобразная перестройка системы отношений личности. М.Э. Телешевская подчеркивает, что даже бывшие ранее активными и энергичными женщины становятся в этом возрасте мнительными, тревожными, снижается самооценка. Условно-патогенными невротизирующими факторами становятся такие проявления, как изменение внешности (седые волосы, снижение тургора кожи, появление морщин). Иногда на первый план выступает нарастающая вялость, пассивность, равнодушие к тем сторонам жизни, которые ранее представляли интерес.

Обычно климактерический синдром представлен четырьмя клиническими вариантами: астеническим, сенесто-ипохондрическим, тревожно-депрессивным и истерическим. Способность женщины адаптироваться к всевозможным жизненным ситуациям в период климакса снижается.

Для периода инволюции и собственно старости, как и для каждого другого периода жизни человека— детства, юности, зрелости, — характерны возрастные особенности, своя возрастная норма. Если в молодости преобладают явления прогрессивного развития с нарас-

танием возможностей приспособления к окружающей среде, то в периоде увядания и обратного развития (инволюция), напротив, преобладают *регрессивные явления*, ухудшающие приспособительные возможности человека. Важно отметить, что хотя процесс старения и сопровождается ослаблением гомеостатических процессов, но одновременно происходит и приспособление всех систем организма к новому уровню жизнедеятельности. И.В. Давыдовский (1966) этот процесс называет особой **ИНВОЛЮТИВНОЙ адаптацией**, "отвечающей физиологическим ресурсам старого человека".

В рамках *биологических подходов* к старению основной проблемой геронтологии, которая была сформулирована еще А.А. Богомольцем (1938), является изучение старения организма с целью профилактики его преждевременного старческого увядания. Не все клетки, ткани, органы и системы организма старятся одновременно и в одинаковой степени, но при этом процесс физиологического старения закономерно гармоничный. Хотя между календарным (возрастным) и фактическим (телесным и психическим) старением не всегда отмечается совпадение (может быть как запоздалое, так и преждевременное старение), все же, в основном, поздний возраст определяет старческие изменения в организме.

Эти изменения сами по себе не являются патологией, но при этом происходят сложные изменения в строении и функционировании всех систем организма, в том числе сердечно-сосудистой, эндокринной и нервной. Падает "запас прочности", снижаются реактивные способности человека. Эти возрастные изменения затрудняют существование старого человека, он страдает от своих "старческих недугов", чувствует себя дискомфортно.

История изучения причин старения показывает, что со времени зарождения медицины вплоть до начала XX столетия наблюдалось две тенденции.

Первая — объяснять наступление старости постепенной потерей ("расхождением") каких-то веществ или свойств, которые присущи организму в молодости и приводящих, с их окончательным затуханием, к смерти.

Вторая — приобретение, накопление вредных воздействий, которые приводят к необратимым нарушениям гомеостаза, самоотравлению организма и угасанию жизни.

По мере развития науки менялись исходные теоретические позиции и способы доказательства, но эти две тенденции все равно прослеживались. Например, известная концепция И.И. Мечникова связывала старение с накоплением и воздействием на организм кишечных токсинов. В последующем эти идеи получили развитие в аутоиммунной теории старения, где главное значение придается

аутоинтоксикации и снижению иммунитета по отношению к накапливающимся продуктам нарушенного обмена (*теории "непрограммированного" старения*).

Начиная с 60-х годов, внимание исследователей все больше привлекает изучение нарушений генетической информации клетки как возможной причины преждевременного старения и смерти. Существует даже мнение, что старение является закономерным, генетически запрограммированным процессом, логическим следствием роста и созревания клеток (*теория "программированного" старения, биологических "часов"*). В соответствии с так называемым "феноменом Хайф-лика" (возможности числа делений клетки ограничены) предполагается, что именно гены "отключают" механизмы, которые ответственны за точность при воспроизведении клетки. Полагают, что в популяциях с относительно большим числом долгожителей, ранее наблюдалась высокая смертность младенцев, что и способствовало генетическому закреплению в поколениях перспектив долголетия (Бенджамин Б., 1968; Алпатов В., 1962 и другие).

Психологические подходы к старости описывают психологические аспекты старения. Собственно психические изменения, наблюдающиеся в процессе старения, связаны с процессами инволюции в центральной нервной системе. На скорость их возникновения и особенности проявлений существенное влияние оказывает вся биологическая и психосоциальная история предшествующих периодов жизни — врожденные особенности, приобретенные личностные качества, психические и социальные характеристики, составляющие жизненный опыт данного человека, перенесенные заболевания, травмы и т.д. Поэтому, наряду со свойственными старению общими, облигатными изменениями психических функций, психическое старение у каждого человека имеет и свои индивидуальные проявления — каждый старится по-своему. Не случайно говорят, что на протекание процесса старения существенное влияние оказывают и представления самого человека о том, что есть старость и как она должна протекать.

Среди облигатных признаков старения психики наиболее общим свойством является **снижение активности и замедление всех психических процессов**. Замедленность касается как простых сенсорных функций (зрение, слух, вкус, осязание), так и более сложных — психомоторики, восприятия нового, запоминания. Замедляются все поведенческие реакции, включая способность к адаптации в меняющихся условиях. В процессах замедления главную роль играют морфо-функциональные изменения в нервной системе, характеризующиеся повышением порога возбуждения в нервных клетках и волокнах.

Кроме этого, в процессах замедления определенную роль играют и психологические факторы — настроение, установка личности на выполнение задания, неожиданность или ожидаемость решаемой задачи, ее сложность.

Снижение функции памяти, ассоциируемое со старением как одним из наиболее частых его признаков, наблюдается не у всех старых людей. Забывание более распространяется на материал, не организованный по смыслу, т.е. более страдает механическая память. Одновременно нарушения мнестической деятельности в логико-смысловой памяти отражаются преимущественно на запоминании наиболее сложных и реже употребляемых логико-смысловых структур.

Относительно старения эмоциональной сферы существует мнение, что выявляемые биохимические сдвиги у пожилых людей (снижение активности норадреналин- и серотонинергических систем с ростом уровня адреналина в тканях) предрасполагают по мере старения к более частому появлению депрессивного и тревожного настроения. С другой стороны, на состояние эмоциональной сферы большое значение оказывает социальная сторона жизни пожилого человека. В этом отношении ущербными для личности являются переживания утраты прежних социальных ролей, уменьшение доходов, ограничение социальных контактов. Все это способствует развитию мнительности, неуверенности, сосредоточению интересов на здоровье и сугубо личных жизненных проблемах. Отсюда повышенное внимание к своему здоровью, стремление к самоанализу и лечению, опасения бедности и повышенное чувство бережливости старых людей. Неуверенность в совокупности со снижением физического потенциала и психосоциальными факторами старения способствует развитию мнительности, тревожности и склонности к грустному настроению у большинства старых людей.

В литературе описывается также своеобразное эмоциональное состояние пожилых людей, обозначенное как *возрастно-ситуативная депрессия* при отсутствии ж&тоб на это состояние (Шахматов Н.Ф., 1996 и др.). Она характеризуется ослаблением аффективного тонуса, замедленностью и отставленностью аффективных реакций; при этом лицо старого человека ограничено в возможностях передать душевные эмоциональные движения. Пожилые люди могут сообщить о чувстве пустоты окружающей жизни, ее суетности и ненужности. Интересна и полна смысла была только жизнь в прошлом, но она никогда не вернется. Все эти переживания воспринимаются пожилыми людьми как обычные и не носящие болезненного характера. Они являются как бы результатом переосмысления жизни и имеют адаптивную ценность, поскольку предохраняют человека от стремлений, борьбы и от сопряженного с ним

волнения, которое крайне опасно для стариков. Исследования американских психологов показали, что тенденция к необоснованному, не подкрепленному серьезными интересами и основаниями оптимизму, имеет негативное влияние на продолжительность жизни в старости (KalishR., 1979).

Характерны особенности умственной и познавательной деятельности стареющих и старых людей. У них постепенно снижается острота и скорость восприятия, ослабевают параметры внимания, ухудшается память. Все это "предпосылки" собственно интеллектуальных способностей, и в их улучшении заключаются скрытые резервы повышения познавательной деятельности пожилых людей. Собственно умственная деятельность, т.е. способность к анализу и синтезу, процессу образования понятий, суждений и умозаключений, долго является сохранной в позднем возрасте. Однако темп психической активности, умственная работоспособность с возрастом снижается.

Мотивация познавательной активности претерпевает также изменения в сторону занижения интереса к новому и оживления, преувеличенного интереса к прошлому. Этим может объясняться негативная установка к познанию нового, актуального и одновременно — возрастание консерватизма мышления и взглядов.

Долгая сохранность привычной профессиональной деятельности у многих пожилых людей находит объяснение в том, что несмотря на то что у старых людей снижается способность к усвоению нового и способность к адаптации, длительное время не нарушены функции оперирования накопленными в процессе жизни знаниями. Лишь с предъявлением новых и повышенной трудности задач, с нарушением привычных стереотипов умственной деятельности могут наступить ее упадок и психическая декомпенсация. Творческое мышление и творческие способности с возрастом у большинства людей снижаются, хотя в истории известно много случаев их полной сохранности до глубокой старости.

Характерологические изменения, свойственные нормальному старению, можно рассматривать как происходящие за счет продолжения усиления присущих людям в более молодом возрасте черт в совокупности с изменениями, привносимыми самим процессом старения. Так, некоторые люди с тревожно-мнительными чертами становятся еще более мнительными, тревожными и подозрительными, у расчетливых развиваются мелочность и скупость, доходящие при акцентуации до постоянного страха быть обворованным, оказаться нищим. Принципиальность и твердость установок часто преобразуются в непримиримость к взглядам окружающих, порождают

"войну поколений", конфликты с окружающими. Эмоциональная несдержанность заостряется до степени взрывчатости, нередко — полной утраты контроля над эмоциональными реакциями. Сенситивность может перерасти в стойкое чувство пониженной самооценки, а при заострении проявляется в депрессивном фоне настроения, в переживаниях ущерба, отношения и преследования по типу сверхценных идей.

В силу соматических недугов и болезней, присущих старению, а также условий, способствующих "уходу в себя", старые люди больше сосредоточены на состоянии здоровья, становятся ипохондричными, много времени уделяют медицинским обследованиям, визитам к врачам, в их интересах все это приобретает доминирующее значение. В связи с этим "отношения" стариков с медициной становятся особой этическо-деонтологической проблемой. В силу ухудшающегося здоровья, мнительности, тревожности, неуверенности в будущем и снижения жизненной и социальной перспективы старые люди больше подвержены паническим настроениям, труднее приспособляются к переменам личной и общественной ситуации, часто при этом наступает временная декомпенсация психической деятельности (например, депрессии при перемене привычных условий, в частности квартирных, при появлении в семье новых членов, при уходе на пенсию и т.д.).

Наряду с указанными ущербными сдвигами характера, у многих людей в старости наблюдаются и положительные изменения. Можно нередко наблюдать умиротворенность, отход от мелких интересов жизни к осмыслению главных ценностей, адекватную переоценку своих желаний и возможностей, сглаживание противоречивых черт характера. Рассматривая изменения характера в старости, нельзя, по-видимому, строго разграничить указанные тенденции, ибо у одного и того же человека могут наблюдаться как негативные, так и положительные изменения.

Известный психолог Эриксон для периода жизни в 60-70 лет выделяет главную психологическую тему — *тему единства*, т.е. способности взглянуть на прошлую жизнь с удовлетворением. Если жизнь приносила удовлетворение и человек достиг чувства единства с собой и другими людьми, то старость будет счастливой порой. По мере того как укорачивается будущее, человек чаще обращается к прошлому, пересматривая свою жизнь, нередко с мудростью, позволяющей придать другое, большее значение эпизодам и ситуациям его жизни. Цель развития в старости — достижение ощущения, что прожита значительная и полная удовлетворения жизнь, а также то, что и в настоящий момент она максимально активна.

Социологические подходы к изучению старости и старения концентрируют внимание на положении стареющего человека в обществе, места его в социуме. Физическое, психическое, социальное и экономическое благополучие и здоровье у пожилых людей взаимосвязаны теснее, чем в более молодых возрастных группах, что обуславливает необходимость в их комбинированной оценке. Особое значение при этом придается взаимоотношениям старого человека с его ближайшим окружением. При существующей замедленности и психосоциальной интровертированности, трудностях адаптации к переменам у пожилых создаются условия для развития ригидности и консерватизма суждений, недооценки опыта новых поколений и идеализация собственного опыта. Это приводит к непониманию и конфликтам с молодыми, нарушению взаимоотношений в семье. Непонимание психологических особенностей старых людей более молодыми членами семьи усугубляет разрыв и нередко приводит к социальной изоляции стариков в семье, что представляет опасность их психической декомпенсации. Напротив, доброжелательная микросоциальная атмосфера способствует сохранению психического здоровья, самооценки, достоинства и положительных социальных установок и взглядов старых людей.

Медико-психологические аспекты старения разнообразны и не ограничиваются отклонениями от "нормативной" линии психологического старения, обусловленной физиолого-биологическими факторами. Важное значение при этом придается и субъективной оценке человеком происходящих с ним изменений. По наблюдениям психиатра-геронтолога А.У. Тибилевой (1991), существуют три типа нормовозрастных изменений личности в позднем возрасте. В основе их различий лежит фактор субъективной оценки убывающих с возрастом психофизиологических возможностей и социальных утрат.

Первый тип — тип адекватного самовосприятия с пониманием ущербных изменений: повышенной тревожности, неудовлетворенности своими возможностями, пониманием неотвратимости усиления недугов и стремлением "себя обезопасить", консерватизмом взглядов и ригидностью суждений, интересов.

Второй тип — гипертрофированное восприятие изменений, претерпеваемых с возрастом, в психической, физической и социальной сферах, что проявляется грустным настроением, чувством невозвратимости жизненных потерь, "замыканием" интересов на вопросах здоровья, социального и материального благополучия, развитием ипохондричности, тревожности и в целом — интровертированности.

Третий тип — полярный предыдущему, характеризуется субъективной недооценкой возрастных изменений, несколько преувеличенным представлением о своих способностях наряду с недооценкой сниженных возможностей.

Второй и третий типы при нарастающем заострении представляются граничащими с акцентуацией личности соответственно по типу депрессии и гипомании. При *патологической старости* эти и все другие особенности изменений психики в позднем возрасте приобретают утрированно заостренный характер. У старых людей чаще, чем у молодых, стирается грань между нормой и патологией. Вследствие повышения чувствительности, снижения реактивности и падения выносливости к различным раздражителям и стресс-факторам даже незначительные, обычно непатогенные физические и психические раздражители могут вести у людей в позднем возрасте к дезорганизации гомеостаза, к декомпенсации и заболеваниям. В происхождении и структуре психических расстройств у стариков в значительно большей степени, чем у молодых, нечетки границы между психогенным и соматогенным, функциональным и органическим, локальным и общецеребральным. Различные неприятные переживания, даже не очень тяжелые, могут вести не только к невротическим и реактивно-психотическим состояниям, но и к расстройствам ясности сознания, "спутанности". Нарушения психики у старых людей легко возникают и при относительно не очень тяжелых соматических заболеваниях.

Раздел 6

ЛИЧНОСТЬ И ОБЩЕСТВО: ПСИХОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ

Глава 25

ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ ПСИХОЛОГИИ БОЛЬШИХ СОЦИАЛЬНЫХ ГРУПП

СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ КАК НАУКА

Вся сознательная жизнь человека проходит среди других людей. Еще на самых ранних этапах развития человечества люди собирались в группы, которые способствовали выживанию и развитию. Ученые считают, что многие особенности людей, такие как речь или рефлексивное мышление, являются результатом групповой, общественной жизни человека. Закономерности поведения, общения и деятельности людей, обусловленные включенностью их в социальные (человеческие, общественные) группы, а также психологические характеристики самих социальных групп изучает специальная отрасль психологии — **социальная психология**. Ее главная задача состоит в том, чтобы исследовать и объяснять, как устанавливаются и функционируют межличностные отношения в группе, а также связи между группами и обществом в целом.

Знание основ социальной психологии особенно необходимо современному врачу, т.к. медицина нашего времени все больше насыщается различными техническими средствами диагностики и лечения, идет закономерный процесс специализации, дифференциации и технизации лечебного процесса. Особенно важным в этих условиях является сохранение и углубление непосредственного, "лицом к лицу" общения врача с больным человеком, использование положительного терапевтического потенциала их взаимоотношений, взаимоотношений больного со своим социальным окружением. Для выполнения этого требования врач должен хорошо разбираться в тех межличностных отношениях, которые складыва-

ются у него как с пациентами и их родственниками, так и с коллегами по лечебному процессу.

Уже давно замечено, что микросоциальные группы (семья, производственный коллектив), в которых протекает наша повседневная жизнь, существенно влияют на наше психическое самочувствие и здоровье в целом. Постепенно накапливались примеры оказания группой положительного влияния на психическое и соматическое здоровье человека. В частности, получили известность гипнотические опыты массового лечения больных с различными заболеваниями австрийским психиатром Францем Антоном Месмером (1734-1815). Его теория излечивающего влияния "животного магнетизма", распространяющегося среди людей во время гипнотического сеанса, в конце концов была забыта и заменена другими гипотезами. Сейчас мы уже знаем, что люди в группах ведут себя по предсказуемым психологическим законам и что группа сама может оказывать целебное воздействие. Развитие и использование групп в терапевтических целях было в большей степени делом времени и возрастания значения всех проблем, связанных с человеком (РудестамК., 1993).

Понятие "группа" является основным, исходным понятием в социальной психологии. В обыденном языке это слово используется для обозначения довольно устойчивой и имеющей нечто общее совокупности индивидов. Социальные группы обычно подразделяют на условные (или статистические) и реальные.

Условные группы людей выделяются исследователем по определенному признаку — пол, возраст, профессия, материальное положение, наличие определенного заболевания и т.д. Хотя реальные личности в таких группах и не имеют прямых межличностных отношений, но их общие поведенческо-психологические характеристики все-таки можно выделить.

Реальные группы — это группы людей, которые реально существуют как общности в определенном пространстве и времени, они связаны между собой определенными объективными взаимоотношениями и межличностными отношениями. Наибольшей реальной группой является все человечество (класс или нация), а наименьшей — группа, состоящая из двух человек (начальник и подчиненный, муж и жена, врач и больной). Все остальные группы по своим размерам расположены в интервале между наибольшими и наименьшими группами.

По степени контактности между лицами, входящими в группу, можно выделить группы контактные и неконтактные. *Контактная группа* — это обычно группа небольших размеров, объединенная

общением ("лицом к лицу") на одной территории — бригада, учебная группа, спортивная команда и т.п.

Другим важным критерием оценки всего многообразия групп является их функциональное назначение, которое и определяет количественный состав и структуру группы.

Когда в основе создания группы лежат официальные документы, говорят об *официальной группе* — это штат учреждения, больницы или отделения. Деловые (официальные) связи между ее членами образуют внешнюю структуру группы. Внутренняя структура группы отражает процесс неофициальной ее организации, который происходит вследствие психологического, а не правового взаимоотношения людей. Высшей формой организованной группы является *коллектив*, т.е. группа людей, являющаяся частью общества, объединенная общими целями совместной деятельности, подчиненной целям этого общества.

Неофициальные группы возникают на основе единой направленности психологической мотивации ее членов — симпатии, близости взглядов, убеждений, общности увлечений и т.п. Если исчезают мотивации, которые цементируют такую группу, то она непременно распадается.

Социология и социальная психология.

Закономерности становления, функционирования и развития социальных общностей и социальных отношений в них, а также общества в целом являются предметом социологии (от лат. *societas*—общество и *logos*—учение). В настоящее время социология является чрезвычайно разветвленной наукой. Например, одной из ее областей является социология медицины, возникшая на стыке социологии и медицинских наук (организация здравоохранения, социальная гигиена, эпидемиология и др.) и изучающая социальную обусловленность здоровья населения. Социальная психология возникла на стыке психологии с социологией. До сих пор дискутируется вопрос о допустимости ее одновременного существования в рамках каждой из двух "родительских" дисциплин.

Как в социологии, так и в социальной психологии группой обычно принято называть довольно устойчивую совокупность людей, выделяемую на основе определенного объективного признака — этнических, политических, религиозных или иных реальных различий между людьми. Однако в социальной психологии главное значение придается факту осознания человеком своей принадлежности к тем или иным общностям. В сущности, его формирование и осознание себя как личности является результатом пересечения различных групповых влияний. Для индивида, входящего в группу, осознание принадлежности к ней осуществляется прежде всего через осознание факта некоторой психической общности с другими членами данной группы. В социально-психологической литературе этот феномен иногда называют "Мы-чувством", в отличие

от другого образования — "Они" (Поршнев Б.Ф., 1966; Андреева-Г.М., 1994). Таким образом, социальная психология, в отличие от социологии, прежде всего изучает психические явления, возникающие в процессе взаимодействия людей в различных общественных группах.

Социальная психология и идеология. Как две формы общественного сознания социальная психология и идеология имеют и общее, и особенное. Общее состоит в том, что эти формы являются отражением общественного бытия. Здесь мы находим общие психологические и идеологические мотивы, свойственные эпохе и классу. Идеология (гр. *idea* — понятие, идея и *logos*—учение) — система политических, правовых, философских, нравственных, религиозных, художественных взглядов, отражающих интересы определенного класса. Нередко идеологию противопоставляют общественной психологии как рациональное к иррациональному. В действительности социальная психология шире идеологии. Она включает не только рациональное, но и эмоциональное и волевое начало. По сути она вплетена в саму жизнь и формируется ею, а не создается идеологами, преследующими при этом определенные цели — объяснить общественно-исторический процесс и указать пути его дальнейшего развития. Взаимодействие между общественной психологией и идеологией также имеет место и при изучении массовых явлений психики — нельзя не учитывать господствующей в обществе идеологии и ее влияния на ум, чувство и волю масс.

Большие в количественном отношении образования людей разделяются на два вида: устойчивые социальные группы, которые сложились в ходе исторического развития (нации, классы, профессиональные группы) и стихийные группы, которые возникают случайно и существуют кратковременно (толпа, публика, аудитория и другие).

УСТОЙЧИВЫЕ БОЛЬШИЕ СОЦИАЛЬНЫЕ ГРУППЫ

В таких группах существуют специфические регуляторы социального поведения, отсутствующие в малых группах. Это нравы, обычаи и традиции, которые создают основу такой важной групповой характеристики, как *образ жизни* членов группы. Определенную роль в консолидации больших социальных групп, особенно этнических, занимает наличие специфического языка. Влияние сходных социально-экономических условий жизни группы на сознание ее представителей осуществляется через личный жизненный опыт каждого члена группы и через общение.

Психологические характеристики группы представляют собой то типическое, что характерно всем индивидам, а не сумму черт, свойственных каждой отдельно взятой личности. Ясно, что это типичное

не есть одинаковое для всех, но именно общее. В психологической структуре больших социальных групп наибольшее внимание уделяется двум параметрам: 1) *психическому складу* как образованию более устойчивому, включающему социальный или национальный характер, а также нравы, обычаи, традиции и другие уникальные вкусы и ценности; 2) *эмоциональной сфере* как более подвижному образованию, включающему потребности, интересы и настроения.

Типичные черты психологии представителей больших социальных групп фиксированы в нравах, традициях и обычаях, что приводит к использованию при их изучении методов этнографии. Одним из современных форм применения таких методов является так называемые "межкультурные" (транскультуральные) сравнительные исследования, причем сравниваются не обязательно различные культуры, но и вообще различные социальные группы. При изучении психологии больших социальных групп применяются также методы, традиционные для социологии и языкознания, включая различные приемы статистического анализа.

Существенный вклад в исследование психологии больших социальных групп внесла разработка французской психологической школой концепции "социальных представлений" (С. Московией). Под социальным представлением здесь понимается обыденное представление какой-либо группы о тех или иных социальных явлениях, т.е. это способ интерпретации и осмысления повседневной реальности. Социальное представление используется в выработке отношения к нему и способствует своеобразной интеграции группы, как бы "воспитывая" сознание ее членов и формируя у них групповую идентичность. Социальные представления, порожденные группой, достаточно долговременны, они могут передаваться из поколения в поколение, хотя при определенных обстоятельствах могут, конечно, и меняться со временем. Концепция социальных представлений по существу предлагает и метод исследования больших групп — через их анализ познается психологический облик группы.

Концепция социальных представлений помогает более точно определить и такое понятие, как *менталитет*. Обычно под менталитетом понимают интегральную характеристику некоторой культуры, в которой отражено своеобразие видения и понимания мира ее представителями, их типичных "ответов" на картину мира. Типичный набор социальных представлений и определяет менталитет той или иной социальной группы, ее психологию и соответствующее поведение.

Психология социальных классов. Термин "класс" имеет разное содержание в американской и европейской социально-психологической литературе. В рамках европейской культуры понятие "класс" чаще всего сопряжено с определением политической принадлежно-

сти ("рабочий класс", "буржуазия"), а для американской гораздо привычнее термины "средний класс", "низший класс" и т.п. Это связано с тем, что в их социологических теориях социальная структура общества описывается с помощью такого понятия, как "социозконо-мический статус", а не "социальный класс". Тем не менее при любом пути анализа структуры психологии больших социальных групп значимым элементом их эмоциональной сферы являются *классовые потребности и интересы*. В ряде случаев к психологии класса относят и так называемые *социальные чувства*, хотя это понятие общепризнанным в социально-психологической литературе не является. Наиболее активно социальные "чувства и эмоции" исследуются в рамках гуманистической психологии.

Понятие "*социальный характер*" более широко представлено в работах неопрейдистского направления. В частности, Э. Фромм (1993) соотносит социальный характер с различными историческими типами самоотчуждения человека — "накопительский" тип эпохи раннего капитализма, "рыночный" тип эпохи 20-х годов и т.п. Чаще социальный характер определяется описательно не в терминах научной теории, а в художественных образах (произведения Бальзака, Драйзера, Горького). Кроме социального характера, психический склад раскрывается в привычках, обрядах и традициях класса или социальной группы. Все они формируют комплексный признак класса — его образ жизни. Методы исследования этих проблем более близки к традиционным психологическим методам, поскольку здесь возможно использование методик наблюдения.

Психология этнических групп. В отличие от психологии классов, психологические особенности разных этнических групп изучены более основательно, и выделилась специальная отрасль знаний на стыке социальной психологии и этнографии—этнопсихология. Традиция исследования психологии этнических групп восходит в социальной психологии к работам В. Бунда по "психологии народов", им предлагалось исследовать этнические группы методом анализа мифов, обычаев и языка.

Аналогично, как и в психологии больших групп, в структуре психологии этнических общностей различают устойчивый психический склад (национальные, или этнические, характер, темперамент, традиции и обычаи) и эмоциональную сферу (национальные, или этнические, чувства). Кроме того, в этнических группах иногда фиксируются и такие элементы психического склада, как темперамент и способности. Когда говорят о национальном темпераменте, то речь обычно идет лишь о специфических сочетаниях преобладающих типов темперамента в популяции, а не о жестком "привязывании" оп-

ределенного темперамента к определенной этнической группе. Еще сложнее стоит вопрос о способностях. Возможность занижения результатов тестовых испытаний способностей небезосновательно часто считается результатом неадаптированное™ теста к специфическим условиям определенной культуры.

Многими исследователями подчеркивается, что игнорирование этнического контекста в научных исследованиях может давать тенденциозный материал, который легко используется в различных политических доктринах. Обычно на уровне обыденного сознания людям свойственны тенденции к *стереотипизации* при восприятии социальных объектов. Возникновение этнических стереотипов исходит из осознания у людей "мы—чувства" и отличий от других групп ("они" — другие). Образ других групп при этом часто упрощается и исходит из прошлого, иногда негативного, опыта общения с ними. Складывающиеся таким образом стереотипы в дальнейшем влияют на возникновение этнических симпатий и антипатий. Конечно, сам факт осознания особенностей своей этнической группы не содержит в себе предубеждения против других групп. Но так дело обстоит до тех пор, пока осуществляется констатация этнических различий. Очень легко от такой констатации перейти к оценке другой группы, и тогда-то возможны искажения ее образа. Психологически при этом возникает явление этноцентризма — склонности воспринимать все жизненные явления с позиции "своей" группы.

Стихийные группы

Стихийные группы — это кратковременные объединения большого числа людей, собравшихся вместе по какому-либо поводу и демонстрирующих какие-то совместные действия. Такая "группа" может быть в определенной степени кем-то организована, но чаще возникает стихийно, не обязательно четко осознает свои цели, но тем не менее может быть весьма активной. В современных обществах от действий таких групп часто зависят принимаемые политические и социальные решения. Важным фактором формирования стихийных групп является общественное мнение. Общественное мнение возникает по поводу определенных, отдельных событий и часто достаточно мобильно. Оценки могут быстро измениться под влиянием каких-то новых временных обстоятельств. Исследование общественного мнения — важный ключ к пониманию состояния общества.

В западной социальной психологии характеристики стихийных групп часто описываются как формы коллективного поведения. Учитывая, что термин "коллектив" в русском языке имеет весьма специфичес-

кое значение, целесообразнее определять этот тип поведения как массовое поведение (Андреева Г.М., 1994).

Толпа — образуется на улице по поводу самых различных событий: дорожно-транспортного происшествия, поимки правонарушителя и т.п. Длительность ее существования определяется лишь значимостью инцидента. В случаях выражения недовольства каким-либо социальным явлением толпа может возбуждаться и переходить к каким-либо действиям, иногда агрессивным. В толпе могут возникать элементы организации, если находится человек, который сумеет ее возглавить. В любом случае элементы организации очень нестабильны и стихия остается основным фоном поведения толпы.

Масса — описывается как более стабильное образование, но с нечеткими границами. Это манифестации, демонстрации и митинги. Здесь более высока роль организаторов, которые известны как лидеры тех организованных групп, которые приняли участие в данном массовом действии. Вместе с тем масса, как и толпа, достаточно разнородна, поэтому ее существование может быть неустойчивым.

Публика — кратковременное собрание людей для совместного времяпровождения на стадионе, в большом зрительном зале или на площади перед динамиком при прослушивании важного сообщения. В более замкнутых помещениях публику часто именуют аудиторией. Публика и аудитория собирается ради общей определенной цели, и они более управляемы, но в случае каких-либо инцидентов возможны случаи выхода ситуации из-под контроля организаторов.

Особенности общения и взаимодействия в стихийных группах. Общие черты различных типов стихийных групп позволяют говорить о сходных средствах процессов коммуникации и взаимодействия в них. Общественное мнение здесь дополняется из других, и не только официальных, источников информации. Определенную роль играют слухи и сплетни. У последних свои законы распространения и циркулирования, что также является предметом специальных исследований в социальной психологии. Образовавшийся таким образом сплав суждений начинает функционировать в массе или толпе, играя роль побудителя к действиям. При этом возникает особый эффект доверия именно к той информации, которая получена "здесь и теперь" без всякой потребности проверки ее достоверности. Именно это и порождает специфические формы общения и взаимодействия.

Психическое заражение — в самом общем виде определяется как бессознательная невольная подверженность индивида определенным психическим состояниям. Поскольку это эмоциональное состояние возникает в массе людей, то действует механизм многократного взаимного усиления эмоциональных воздействий. Осо-

бой ситуацией, где усиливается воздействие через психическое заражение, является ситуация паники. Своевременному прекращению паники способствуют силы, способные внести элемент рациональности в ситуацию и определенным образом захватить "руководство" в ней.

Внушение — представляет собой особый вид воздействия, связанный с целенаправленным, но неаргументированным воздействием одного человека на другого или на группу. Кроме внушения, к способам сообщения относятся информация и убеждение. Только при внушении передача информации основана на некритическом ее восприятии. Многочисленные исследования показывают, что внушение в бодрствующем состоянии не менее эффективно, чем в гипнотическом сне. Человек, осуществляющий внушение, называется суггестор, а объект внушения — суггеренд. Явление сопротивления внушающему воздействию называют контрсуггестией. Решающим условием эффективности внушения является авторитет суггестора, создающий особый, дополнительный фактор воздействия — доверие к источнику информации.

В прикладном плане исследования внушения имеют большое значение для таких сфер, как пропаганда, реклама. Хотя основная черта пропаганды — апелляция к логике и сознанию, однако это не исключает присутствия элементов суггестии. Метод внушения выступает здесь как метод своеобразного психопрограммирования, т.е. относится к методам манипулятивного воздействия.

В области рекламы разработана и особая концепция "имиджа", когда создается специфический "образ" воспринимаемого объекта, когда ракурс восприятия умышленно смещен и акцентируются лишь определенные стороны объекта. Поэтому достигается иллюзорное отображение: между имиджем и реальным объектом существует так называемый "разрыв в достоверности". Имидж, таким образом, выполняет суггестивную роль и строится на включении эмоциональных апелляций. Практика создания имиджа используется не только в рекламе, но и в политике, например, в период избирательных компаний.

Подражание — заключается не просто в принятии внешних черт поведения и психических состояний других людей, а в их воспроизведении. Подражание является наиболее характерным способом познания действительности ребенком, а подражательность — основным свойством его развивающейся личности. На различных этапах жизни ребенка подражание играет различную роль: от слепого копирования в младшем возрасте до избирательного и сознательного принятия определенных черт поведения других людей в период взрослости. Именно в детской психологии проводится в настоящее

время основная масса экспериментальных исследований подражания, научения через наблюдение. Так, исследования подражания стали предметом специальной теории, разработанной в рамках необихевиористской ориентации Н. Миллером, Д. Доллардом и А. Бандурой. Описанные ими способы подражания могут проявляться и в ситуации массового поведения. В данных случаях механизм подражания выступает в тесной связи с механизмами психического заражения и внушения.

В "теории подражания" Г. Тарда (1892) подражание абсолютизируется и признается фундаментальным принципом развития и существования общества. Если в животном мире "закон повторения" реализуется через наследственность, то в человеческом обществе через подражание. Оно выступает источником прогресса: периодически в обществе совершаются изобретения, которым подражают массы. Эти изобретения впоследствии входят в структуру общества и вновь осваиваются путем подражания, которое непроизвольно и может быть рассмотрено как род "гипнотизма", когда осуществляется "воспроизведение одного мозгового клише чувствительной пластинкой другого мозга". Социальные конфликты в теории объясняются противоречиями между возможными направлениями подражания. Поэтому природа их подобна природе конфликтов в индивидуальном сознании при выборе новых образцов поведения.

Подражание можно подразделять на логическое и нелогическое, внутреннее и внешнее, подражание-мода и подражание-обычай, подражание внутри одного социального класса и подражание одного класса другому. Обычно подражание закономерно осуществляется от внутреннего к внешнему (внутренним образцам начинают подражать раньше: духу религии подражают раньше, чем обрядам), и низшие подражают высшим (провинция — центру, дворянство — королевскому двору и т.п.).

МАССОВЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ ДВИЖЕНИЯ

Массовые социальные движения — особый класс социальных явлений, обладающий различными уровнями. Это могут быть широкие движения с глобальными целями (борьба за мир, против ядерных испытаний и за охрану окружающей среды), локальные движения, ограниченные определенной территорией или определенной социальной группой (против использования ядерного полигона в конкретной местности или движение за равноправие женщин) и движения с сугубо прагматическими целями в очень ограниченном регионе (за смещение кого-либо из членов администрации муниципалитета).

Любое социальное движение всегда базируется на определенном общественном мнении, хотя впоследствии оно само укрепляется и формируется по мере развития движения. Всякое социальное движение имеет в качестве цели изменение ситуации и формирует программу. Движение обычно отдает себе отчет в тех средствах, которые могут использоваться для достижения целей, в частности в том, допустимо ли насилие как одно из средств. Всякое социальное движение также реализуется в той или иной степени на различных проявлениях массового поведения — демонстрациях, митингах, съездах и пр.

В социальной психологии важными являются три вопроса: механизмы присоединения к движению, соотношение мнений большинства и меньшинства и характеристика лидеров.

Механизмы присоединения к движению могут быть объяснены через анализ мотивов участников движения. Они подразделяются на фундаментальные (определяются условиями существования, статусом конкретной социальной группы и ее отношением к политическому решению или акту законодательства) и ситуационные (порождены проблемной ситуацией и основаны чисто эмоциональными реакциями). Их соотношение определяет основательность и прочность движения.

В современной литературе предложены две теории, объясняющие причины присоединения индивида к социальному движению: теория относительной депривации и теория мобилизации ресурсов. В первой утверждается, что человек испытывает потребность достижения цели не в том случае, когда он абсолютно лишен какого-то блага (права, ценности), а только тогда, когда он этого лишен частично и может сравнить свое положение с положением других. Вторая теория делает акцент на более "психологические" основания присоединения к движению, утверждая, что человек испытывает потребности идентифицироваться с группой, ощутить себя ее частью и тем самым почувствовать свою силу, мобилизовать ресурсы. Обе теории страдают односторонностью, переоценивая значение лишь одного фактора, и, по-видимому, вопрос о рекрутации сторонников социальных движений еще ждет своих исследователей.

Проблема соотношения большинства и меньшинства в любом массовом движении является одной из центральных в концепции французского социального психолога С. Московией (1984). В любом социальном движении, поскольку оно объединяет разнородные группы людей, легко обозначается меньшинство, которое не соглашается с мнением большинства о способах достижения цели или по иным вопросам. Это может ослабить движение и, следовательно, необходим диалог, обеспечивающий права меньшинства, перспективы для торжества его точки зрения. Автором предлагаются характеристики условий, при которых меньшинство может рассчитывать на влияние в движении: они должны действовать синхронно, т.е. демонстрировать единодушие участников в каждый данный момент; а их позиции и поведение должно быть стабиль-

ными во времени. Только при соблюдении этих условий переговоры меньшинства с большинством могут быть успешными. Необходима проработка и самого стиля переговоров: умение достигать компромисса, снимать излишнюю категоричность и др.

Лидер массового движения должен обладать особыми чертами: кроме умения наиболее полно выражать и отстаивать цели движения, он должен и чисто внешне импонировать большинству членов движения. Имидж лидера социального движения должен быть предметом его повседневного внимания. Прочность позиции и авторитета лидера в значительной мере обеспечивает успех движения. Эти же качества лидера способствуют удержанию движения в принятых рамках поведения, не допускающих легкости изменения избранной тактики и стратегии действий.

Глава 26

ПСИХОЛОГИЯ МАЛОЙ ГРУППЫ

Малая группа — это немногочисленное по составу объединение людей, члены которого имеют общую цель и находятся друг с другом в непосредственных личных контактах. Впрочем, как отмечает известный социальный психолог М. Шоу (Shaw M.E., 1964), определение малой группы может быть дано и с точки зрения:

1) восприятия членами группы отдельных партнеров и группы в целом; 2) мотивации членов группы; 3) групповых целей; 4) организационных (структурных) характеристик группы; 5) взаимозависимости и 6) взаимодействия членов группы.

Сам М. Шоу основывался в трактовке группы на последнем из выделенных моментов, определяя группу как "двое или более лиц, которые взаимодействуют друг с другом таким образом, что каждое лицо влияет и подвергается влиянию каждого другого лица". Вместе с тем он считает, что, хотя взаимодействие есть существенный признак, который отличает группу от простого скопления людей, тем не менее важен и ряд других характеристик, а именно: продолжительность существования, наличие общих целей, развитие групповой структуры и т.п. К этим характеристикам необходимо добавить и такое отличительное свойство группы, как осознание ее участниками себя как "мы", т.е. своего членства в группе.

Если исходить из понимания группы, трактуя ее прежде как социальную группу, т.е. как элементарное звено структуры социальных отношений, как своеобразную функциональную единицу в системе общественного разделения труда, то наиболее емкое определение предложено Г.М. Андреевой (1987): "Малая группа — это группа, в которой общественные отношения выступают в форме непосредственных личных контактов". Позднее (1994) она дает более универсальное определение: "Под малой группой понимается немногочисленная по составу группа, члены которой объединены общей социальной деятельностью и находятся в непосредственном личном общении, что является основой для возникновения эмоциональных отношений, групповых норм и групповых процессов".

Это определение носит скорее описательный характер и допускает самые различные толкования в зависимости от того, какое содержание придать включенным в него понятиям. Например, в системе интеракционистской ориентации, где исходным понятием является понятие "взаимодействия", фокус может усматриваться именно в том, что малая группа — это определенная система взаимодействия, ибо слова "общая социальная деятельность" толкуются здесь в интеракционистском

смысле. Для когнитивистской ориентации в том же определении отыскивается другой опорный пункт: не важно, на основе общей деятельности или простого взаимодействия, но в группе возникают определенные элементы групповой когнитивной структуры — нормы и ценности, т.е. самое существенное для группы в когнитивной социальной психологии. В отечественной социальной психологии важное значение придается определению установления факта "общей социальной деятельности", что сразу задает группу как элемент социальной структуры общества, как элементарную ячейку в более широкой системе разделения труда. Наличие в малой группе общей социальной деятельности позволяет интерпретировать группу как субъект этой деятельности и тем самым задать определенную теоретическую схему для всего последующего исследования. Малая группа — это не просто "контактная группа", не просто любые случайные контакты между людьми, а контакты, в которых реализуются определенные общественные связи, опосредованные совместной деятельностью.

Выбор определения малой группы связан с вопросом и о ее размерах. Малые группы могут быть разными по количественному составу: от 2-3 до 20-30 человек. Принято говорить о нижнем и верхнем количественных пределах группы. Мнение большинства исследователей сходятся на том, что группа начинается с "диады". Существует много исследований в рамках "теории диадического взаимодействия". Применение аппарата математической теории игр позволяет на диадах проигрывать многочисленные ситуации взаимодействия. Ограниченность теории диадического взаимодействия связывают с сильным упрощением реальных процессов, происходящих в группе. Присутствие третьего лица в группе создает новую позицию — наблюдателя. Этот новый "третий" элемент может добавить нечто к одной из позиций в конфликте, сам при этом не будучи включен в конфликт. Таким образом, с теорией диады соперничает теория, признающая нижним пределом малой группы не два, а три человека. Спор о том, диада или триада есть наименьший вариант малой группы, может быть бесконечным. Впрочем, диаду можно рассматривать как лишь одну из разновидностей малой группы и, как показывают исследования, весьма интересный объект социально-психологического анализа.

Что же касается верхнего количественного предела малой группы, то мнения специалистов на этот счет значительно расходятся, о чем свидетельствуют и различные предлагаемые величины. Причем многим авторам присуща произвольность определения их предела. Например, упоминавшийся ранее М. Шоу называет верхним пределом группы 20 человек, Дж. Морено, автор социометрической методики, говорит о группах и по 30-40 человек. Есть мнение, что верхний

предел группы связан с "магическим числом" оперативной памяти (7 ± 2), открытым Дж. Миллером. Одновременно многие полагают, что акцент при определении верхнего предела малой группы надо делать, исходя из функциональной целесообразности величины группы в различных сферах реальной социальной практики.

КЛАССИФИКАЦИЯ МАЛЫХ ГРУПП

Существует огромное разнообразие существующих в обществе малых групп. Неоднозначность определения малой группы породила и множество их классификаций. Наиболее распространенными являются три классификации.

1. Деление малых групп на "первичные" (семья, друзья, соседи и т.п.) и "вторичные" (группы, которые непосредственных личных контактов не имеют, а для общения используются "посредники", например, радио). В настоящее время эта классификация практического значения не имеет.

2. Деление малых групп на "формальные" и "неформальные".

В формальной группе заранее четко заданы все позиции ее членов,

они предписаны групповыми нормами.

Неформальная группа может

создаваться внутри формальной, и она

складывается стихийно

на основе личных симпатий и интересов.

Практически во многих

случаях трудно провести грань между строго

формальными и

строго неформальными группами. Поэтому в

социальной психологии

появились попытки снять эту строгую

дихотомию введением

понятия "формальная и неформальная структуры

группы" (структура

формальных и неформальных отношений). С

другой стороны,

есть попытки разграничения понятий "группа" и

"организация".

Всякая формальная группа, в отличие от

неформальной, обладает

чертами организации.

3. Деление малых групп на "группы членства" и "референтные

группы". Группа членства рассматривается просто

как местопробы

индивида в социуме, далекое от его установок

и ценностных

ориентации. В референтной группе человек

стремится сохранить

свое членство в группе. Открытие феномена

"референтной группы"

в 1942 году принадлежит американцу Г. Хаймену.

Суть этого феномена

заключается в высокой степени значимости

группы для инди
вида с точки зрения его ориентации на групповые
нормы и ценнос
ти, влияния группы на систему его установок.
Приведенное
понимание термина "референтная группа"
отличается от первоначальной трактовки Г. Хаймена, полагавшего, что
референтная групп-

па должна обязательно находиться где-то за пределами группы членства. Из большого числа групп лишь немногие выступают для человека в качестве референтных.

Чаще всего историю научных исследований малой группы датируют 1897 годом. В этом году американский психолог Н. Трипплет опубликовал результаты экспериментального исследования, в котором показал меньшую эффективность индивидуального действия, выполняемого в одиночку, чем в условиях группы. Однако прошло несколько десятилетий, прежде чем эксперимент и строгое эмпирическое исследование стали основой социально-психологического исследования.

В 20-е годы XX столетия неудовлетворенность умозрительными схемами направила исследователей на поиски объективных фактов по функционированию групп. Не утратили своего значения до настоящего времени в социальной психологии некоторые положения психолога США Ф. Оллпорта (1924), хотя, как ни парадоксально, сам Оллпорт не считал, что имеет дело с реально существующими группами. По его мнению, реально существуют лишь отдельные индивидуумы; что же касается групп, то они трактовались им как "совокупность идеалов, представлений и привычек, повторяющихся в каждом индивидуальном сознании и существующих только в этих сознаниях".

К концу 30-х — началу 40-х годов исследуются групповые нормы (Шериф М., 1936; Ньюкомб Т., 1943), складывается печально известная "теория черт" лидерства (правда, делаются и первые попытки отойти от упрощенного понимания этого феномена), оформляется социометрическое направление исследования групп. Особый вклад в развитие психологии малых групп в эти годы внес эмигрировавший в США из фашистской Германии К. Левин. Он явился основоположником крупного научного направления, известного под названием "групповая динамика". Широко известны его представления о группе как "динамическом целом, обладающем свойствами, отличными от свойств составляющих его частей или суммы последних".

Основные направления в зарубежной групповой психологии. К началу 70-х годов в зарубежной социальной психологии сложилось девять крупных подходов, определявших развитие групповой психологии: теория поля, интеракционистская концепция, теория систем, социометрическое направление, психоаналитическая ориентация, общепсихологический подход, эмпирико-статистическое направление, формально-модельный подход и теория подкрепления.

Теория поля. Это направление берет начало в работах К. Левина, утверждавшего, что поведение личности есть продукт поля, или иначе — жизненного, социального пространства личности. Структурные свойства этого поля представлены понятиями, заимствованными из топологии и теории множеств, а динамические свойства — понятиями психологических и социальных сил. Важнейшим методом анализа сил психологического поля явилось создание в лабораторных усло-

виях групп с заданными характеристиками и последующее изучение функционирования этих групп. Позднее вся совокупность исследований в этом плане получила название "групповой динамики", а весь теоретический контекст — конструкции теории поля — был почти полностью отвергнут.

Интеракционистская концепция. Согласно этому подходу, группа есть система взаимодействующих индивидуумов и функционирование последних описывается тремя основными понятиями: индивидуальной активностью, взаимодействием и отношениями между членами группы. Выполненные в рамках этого направления работы посвящены в основном исследованию структурных аспектов группы.

Теория систем. Данный подход близок к предыдущему и развивает представление о группе как системе. Главное различие между ними заключается в используемых элементах анализа. Теория систем описывает группу как открытую систему взаимозависимых позиций и ролей.

Социометрическое направление связано с именем Дж. Морено (1958), который исходил из идеи о том, что в обществе можно выделить две структуры отношений: макроструктуру и микроструктуру. Макроструктура, по Морено, есть своеобразное "пространственное" размещение индивидов в различных формах их жизнедеятельности, а микроструктура означает структуру психологических отношений индивида с окружающими его людьми. Все напряжения и конфликты, в том числе и социальные, обусловлены несовпадением микро- и макроструктур. Для него это несовпадение означает, что система симпатий и антипатий не вписывается в рамки заданной индивиду макроструктуры: ближайшим окружением оказываются не обязательно приемлемые в психологическом отношении люди. Задача состоит в перестраивании макроструктуры таким образом, чтобы привести ее в соответствие с микроструктурой. Хотя наивность схемы очевидна, сама социометрическая методика, выявляющая симпатии и антипатии, получила широкую популярность. На ее основе возникло целое направление исследований, хотя и не обязательно в рамках теоретической концепции Морено. Правда, возможности социометрической методики не следует переоценивать и ее нельзя рассматривать как общий универсальный метод изучения малых групп.

Психоаналитическая ориентация. Базируется на идеях З. Фрейда и его последователей, фокусируя внимание главным образом на мотива-ционных и защитных механизмах личности. З. Фрейд первым включил идеи психоанализа в групповой контекст в своей работе "Психология масс и анализ человеческого «Я»" (1925). Он интересовался группами с позиций изучения психологии масс, подчеркивая тенденции участников группы следовать за сильными лидерами, идентифицироваться с ними. Сам Фрейд не особенно симпатизировал групповой психотерапии, однако его последователи попытались перенести методы индивидуального анализа на групповую психотерапевтическую практику. Основным критерием, с помощью которого психоанализ может быть в принципе отдифференцирован от других видов психотерапии, есть перенос, кото-

рый означает чувства и поведение больного по отношению к аналитику и которые основаны на инфантильных желаниях больного по отношению к родителям. Существует и противоположный процесс — контрперенос, который относится к широкому спектру реакций аналитика на больного. Реальная связь между аналитиком и больным является основой терапевтического союза. Эти и другие идеи психоанализа легли в основу ряда теорий групповой динамики.

Общепсихологический подход — состоит в предположении, что многие представления о человеческом поведении, накопленные в общей психологии, применимы к анализу группового поведения. Это касается таких процессов, как научение, мотивация, явления когнитивной сферы и др.

Эмпирико-статистическое направление — подчеркивает необходимость выведения основных понятий групповой теории из результатов эмпирического наблюдения и статистических процедур, например факторного анализа. Подобное понимание обусловило широкое применение процедур, разработанных в области тестирования личности. Например, Р. Кэттелл известен исследованиями не только в области психологии личности, но и разработками социально-психологического характера.

Формально-модельный подход — использует приемы математического моделирования групповых процессов, но, как отмечают некоторые зарубежные исследователи, представители этого направления больше интересуются проблемами внутренней согласованности своих моделей, нежели степенью их соответствия естественным ситуациям. Вероятно, поэтому это направление мало что внесло в понимание группового процесса.

Теория подкрепления — базируется на идеях скиннеровской концепции оперантного обуславливания. Поведение в группе здесь рассматривается как функция двух переменных: вознаграждений и наказаний. Идеи теории подкрепления легли в основу двух крупных теорий малых групп, авторы которых — Д. Хоманс, Д. Тибо и Г. Келли.

Исследования групп в отечественной социальной психологии. Решающую роль в их становлении сыграли труды В.Н. Бехтерева, который в 1910 году впервые в России сформулировал предмет и задачи "общественной" психологии. И сегодня представляют интерес его мысли о функциях коллективных целей, согласования индивидуальных и выработки коллективных действий и др. В период 20-30-х годов в исследованиях коллектива обнаруживалось сильное влияние рефлексологических концепций В.Н. Бехтерева, сформулированных им в книге "Коллективная рефлексология" (1921). Разработка многих теоретических положений о природе коллектива также связана с именами Д.Б. Элько-нина и А.С. Макаренко.

В современной отечественной социальной психологии выделяют как минимум четыре крупных исследовательских подхода: деятельностный

подход (Петровский А.В., 1979; Ярошевский М.Г., 1978, Андреева Г.М., 1980), социометрическое направление (Коломинский Я.Л., 1976 и др.), параметрическую концепцию (Уманский Л.И., 1975 и др.) и организационно-управленческий подход (Кузьмин Е.С., 1967 и др.).

СТРУКТУРА И ФЕНОМЕНОЛОГИЯ МАЛОЙ ГРУППЫ

Основными элементами групповой структуры являются: социальный статус, социальная роль, групповая норма. Кроме того, важными составляющими любой малой группы являются феномены "группового давления" и "групповой сплоченности".

Социальный статус (от лат. Status — положение, состояние) — это положение субъекта в системе межличностных отношений, определяющее его права, обязанности и привилегии. Один и тот же человек в различных группах (на работе, в семье, среди друзей) может иметь разный статус. Некоторые статусы предписаны человеку с рождения (пол, национальность, фамилия семьи), другие определяются тем, что человек осуществил в своей жизни (получение специальности, вступление в брак). Наивысшим статусом в малой группе характеризуется ее лидер и руководитель.

Социальная роль называют ожидаемое поведение человека, обусловленное его статусом. Роль — это круг функций и видов поведения, которые считаются подходящими для данного члена группы и реализуются в определенном социальном контексте.

Поскольку человек исполняет одновременно несколько ролей (в семье, среди друзей и др.), то между ролями могут существовать конфликты. Они связаны с ситуациями, когда нужно одновременно удовлетворять противоречащим требованиям двух или более ролей — ролевой конфликт.

Можно выделить *формальные роли*, которые определяются в организации, и *роли неформальные*, которые возникают в процессе взаимодействия людей. Примерами последних являются роли типа: "душа компании", "козел отпущения", "домашний клоун", "добродетельный моралист" и др. Появление неформальных ролей предполагает длительные взаимосвязи, что характерно первоочередно для малых групп. С развитием группы возникают различные групповые роли.

Как внешние, так и внутренние факторы побуждают человека к освоению той или иной социальной роли. Внешние побудители — это своеобразное психологическое давление значимых для человека людей, но большее значение имеют внутренние мотивы (выполнение каких-то желаний возможно через овладение человеком опреде-

ленной роли, дающей ему определенные права и льготы; овладение ролью позволяет ему приобрести социально-психологическую защищенность, получить признание и др.).

Групповая норма понимается как некоторое правило, регулятор развертывающихся в группе отношений. Нормы, как принятые правила поведения, руководят действиями участников и позволяют применять санкции к неприемлемым для данной общности формам поведения. В настоящее время собран большой экспериментальный материал по: а) влиянию и значению норм, разделяемых большинством группы, б) влиянию и значению норм, разделяемым меньшинством группы, в) изучению последствий отклонений индивидов от групповых норм.

Феномен группового давления. Его часто в социальной психологии именуют феноменом конформизма. Само слово "конформизм" в обычном языке означает "приспособленчество" и на уровне обыденного сознания приобретает некоторый негативный оттенок. В социально-психологической литературе больше говорят о конформности или "социальном влиянии", имея в виду чисто психологическую характеристику позиции индивида относительно позиции группы, принятие или отвержение им определенного стандарта, мнения, свойственного группе, меру подчинения индивида групповому давлению.

Функционирование групп зависит во многом от согласия их членов относительно каких-то фундаментальных жизненных ценностей. Различают внешнюю конформность ("подчинение"), когда мнение группы принимается индивидом лишь внешне, и внутреннюю (подлинный конформизм, "идентификация"), когда индивид действительно усваивает мнение большинства. Внутренняя конформность и есть результат преодоления конфликта с группой в ее пользу. При "интернализации" мнение других просто совпадает с системой ценностей данной конкретной личности.

Противоположным конформности являются понятия "независимость" или "самостоятельность позиции". Ее нельзя смешивать с позицией негативизма. Лишь на первый взгляд негативизм выглядит как крайняя форма отрицания конформности. Негативизм не есть подлинная независимость, а напротив—это специфический случай конформности, когда индивид ставит своей целью любой ценой противостоять мнению группы. Здесь он фактически зависит от группы, т.е. "привязан" к групповому мнению, но лишь с обратным знаком. Истинной позицией, противостоящей конформности, является именно самостоятельность.

Дальнейшие исследования феномена конформности привели к выводу о том, что давление на индивида может оказывать не только

большинство группы, но и меньшинство. В соответствии с этим стали выделять два вида группового влияния: нормативное (давление оказывает большинство, и его мнение воспринимается членом группы как норма) и информационное (давление оказывает меньшинство, и член группы рассматривает его лишь как информацию, на основе которой он должен сам осуществить свой выбор).

Отклонение членов группы от установленных в ней стандартов и норм поведения сопровождается применением к отклоняющимся определенных санкций в виде насмешек, угроз и пр. "Групповое давление" в группе выполняет следующие функции: а) помогает группе достичь ее цели, б) помогает группе сохранить себя как целое, в) помогает членам группы выработать "реальность" для соотнесения с ней своих личных мнений, г) помогает членам группы определить свое отношение к социальному окружению, что обеспечивает адаптацию в социуме.

Феномен групповой сплоченности. Курт Левин (1947) определяет групповую сплоченность как "тотальное поле сил, формирующее у участников чувство принадлежности к группе и желание в ней остаться". Большинство исследователей придерживаются мнения, что основой групповой сплоченности является эмоциональная сторона системы межличностных отношений в группе. Социометрия симпатий и антипатий позволила даже предложить специальный "индекс групповой сплоченности" как формальную характеристику малой группы. Иногда сплоченность анализируется на основе частоты и прочности коммуникативных связей, обнаруживаемых в группе. Существует ряд работ, которые в изучении феномена сплоченности придают особое значение характеру групповых целей.

В отечественной социальной психологии исследования сплоченности группы опираются на изучение влияния на ее совместную деятельность членов группы. Все большее сплочивание группы здесь основано не на увеличении эмоциональной привлекательности, а на все большем включении индивидов в процесс совместной деятельности. В данном случае речь идет не о совместимости людей в группе, а именно о сплоченности. Совместимость и сплоченность между собой тесно связаны, хотя и означают разные аспекты характеристики группы.

ЭТАПЫ И МОДЕЛИ РАЗВИТИЯ МАЛОЙ ГРУППЫ

По мнению отечественного социального психолога Г.М. Андреевой, "причины возникновения малой группы лежат вне ее и вне индивидов, ее образующих, а в более широкой социальной системе",

т.е. они задаются внешними по отношению к группе факторами, например, условиями развития какого-либо социального института или организации, в рамках которых возникает малая группа. Что же касается преимущественно психологических детерминант вхождения в определенную социальную группу, то можно говорить о престижности профессии, стремлении индивидов к удовлетворению потребностей в общении и т.п.

Возникшей социальной группе предстоит дальнейшая жизнь, и главной задачей социально-психологического анализа является изучение тех процессов, которые происходят в жизни группы. Здесь уместно использование термина "групповая динамика", в отличие от статики группы, например, ее количественного состава. *Совокупность динамических процессов ("групповая динамика"), которые происходят в группе в какую-то единицу времени, означают собой движение группы от стадии к стадии, т.е. ее развитие.*

Реальные группы в определенном смысле "проживают" свою собственную жизнь, длительность которой, естественно, не может быть сравнима с существованием больших групп, включенных в ход исторического развития. Идея развития группы впервые была обозначена в психоаналитической концепции на базе психотерапевтической практики (в так называемых Т-группах или группах тренинга). Там выделено 2 фазы развития группы, на каждой из которых группа решает определенный набор проблем. Каждая конкретная группа может по-разному реализовывать общую модель развития или же просто распадаться, если поставленная цель не достигается. В последние годы для описания процесса группового развития введено особое понятие "социализация группы", по аналогии с процессом социализации индивида. Также выделены определенные критерии, на основе которых можно сравнивать различные стадии в развитии группы.

Двухмерные модели развития группы. Обобщив ряд исследований, посвященных изучению стадий развития различных терапевтических, тренировочных, естественных, профессиональных и лабораторных групп, Б. Такмен предложил двухмерную модель развития группы. Жизнедеятельность группы рассматривается в двух измерениях: а) деловая, или инструментальная, активность и б) эмоциональная, или экспрессивная, активность. В каждой из этих сфер выделяется четыре последовательных этапа.

В сфере *межличностной активности* это: 1) стадия "проверки и зависимости", предполагающая ориентировку в характере действий друг друга и поиска взаимоприемлемого поведения в группе; 2) ста-

дия "внутреннего конфликта", когда нарушается взаимодействие и отсутствует единство между членами группы; 3) стадия "развития групповой сплоченности", когда достигается гармонизация отношений в группе, исчезают межличностные конфликты; 4) стадия "функционально-ролевой соотнесенности", когда образуется ролевая структура группы, являющаяся своеобразным "резонатором", посредством которого "проигрывается" групповая задача.

В сфере *деловой активности* это: 1) стадия "ориентировки в задаче", связанная с поиском группой оптимального способа решения задачи; 2) стадия "эмоционального ответа на требования задачи", связанная с противодействием группы требованиям задачи в силу несовпадения личных намерений каждого члена группы с общей задачей; 3) стадия "открытого обмена ревалентными интерпретациями", когда происходит максимальный и адекватный обмен информацией, позволяющий партнерам глубже понять намерения друг друга, предлагаются альтернативные трактовки информации; 4) стадия "принятия решений", когда возникают конструктивные попытки успешного решения задачи.

Эти две сферы активности взаимосвязаны, изменения в одной сфере сопровождаются изменениями в другой. Однако в *экстремальных условиях* часто не удается четко дифференцировать инструментальные и экспрессивные компоненты групповой активности. Отличительными признаками экстремальности являются следующие: ограниченность индивидуальных и групповых перемещений, стресс, изоляция от внешнего мира. В этих условиях группа проходит *три основных стадии*: ознакомления, дискуссий и ролевых ориентации. Ознакомительная стадия обычно непродолжительная и связана с ориентировочными и исследовательскими реакциями членов группы. Стадия дискуссий достаточно продолжительна и при ее завершении возникают структурные контуры группы с первыми признаками разделения на роли и элементами коалиционирования. На стадии ролевых ориентации группа складывается в некую целостную систему.

Одномерные подходы к развитию группы делают акцент на описание динамики группы при решении задач инструментального типа (модель Марби Е.) или эмоциональной динамики группообразования (Волков И.П.).

При решении задач инструментального типа выделены: латентная фаза (ознакомление с задачей), адаптационная фаза (соотнесение возможностей группы с требованиями задачи), интегративная фаза (объединение общих усилий, координация индивидуальной и групповой стратегии действий) и фаза достижения требуемого решения.

В модели эмоциональной динамики группообразования также выделены фазы: первичного восприятия и ознакомления (формируется первое впечатление о партнере), фаза сближения (формирование оценки и самооценки, актуализация установки на совместное действие), фаза совместного действия (принятие межличностных ролей и определение статуса в общении) и фаза "сцепления" (укрепление чувства общности "мы", формирование норм общения).

В отечественной социальной психологии проблема развития группы получила свое специфическое решение в **психологической теории коллектива**. Особенности этого подхода обусловлены определенной традицией исследования коллектива в отечественной науке. Эти традиции связаны не только с идеологической подоплекой (в работах К. Маркса впервые была высказана мысль о том, что коллектив есть форма организации людей социалистического общества), но и с активными исследованиями многочисленных коллективов, которые возникали в 20-30 годы в новом обществе (Андреева Г.М., 1997).

В настоящее время подчеркивается, что термином "коллектив" обозначается особое качество группы, высший уровень ее развития. Однако важнейший признак коллектива — это не любая совместная деятельность, а только социально-позитивная деятельность, отвечающая потребностям общества. Поэтому, по мнению А.С. Макаренко, первым признаком коллектива как группы особого рода является именно его направленность. Такой подход предполагал и неизбежность ряда стадий, которые проходит группа на пути к коллективу. В отечественной социальной психологии существует несколько "моделей" развития группы как коллектива.

Стратометрическая концепция группы (Петровский А.В., 1979)— типология групп строится по двум главным критериям: а) степень опосредованности межличностных отношений в группе содержанием совместной деятельности, б) общественная значимость совместной деятельности.

Развитие группы описывается как движение в континууме: коллектив (высокие позитивные показатели по обоим критериям) — корпорация (высокий позитивный показатель по первому и высокий негативный показатель по второму критериям). В центральной точке располагается диффузная группа—общность, в которой практически отсутствует совместная деятельность.

Модель группы состоит из трех страт (слоев), каждый из которых характеризуется определенным принципом, по которому в нем строятся отношения между членами группы. В первом слое реализуются прежде всего непосредственные контакты между людьми,

основанные на эмоциональной приемлемости или неприемлемости; во втором слое эти отношения опосредуются характером совместной деятельности; в третьем слое, названном ядром группы, развиваются отношения, основанные на принятии всеми членами группы единых целей групповой деятельности. Этот слой соответствует высшему уровню группы, и его наличие позволяет констатировать, что перед нами коллектив.

Параметрический подход (Уманский Л.И., 1971). Главными социально-психологическими параметрами группы, которые характеризуют признаки ее развития, являются следующие: а) содержание нравственной направленности группы, б) организационное единство группы, в) групповая подготовленность в сфере той или иной деятельности, г) психологическое единство. В зависимости от выраженности каждого из этих параметров группа располагается по уровню своего развития в континууме: коллектив — антиколлектив (группа замкнутая, с внутригрупповой антипатией, конфликтностью и агрессивностью). Средняя точка — группа-конгломерат, состоящая из незнакомых людей. Продвижение группы к позитивному полюсу предполагает прохождение ею стадий кооперации и автономизации. Движение в направлении отрицательного полюса классифицируется по двум уровням: дезинтеграции и "интраэгоизма". В качестве обязательных параметров коллектива называются: направленность коллектива, организованность, подготовленность и психологическая коммуникативность.

МЕХАНИЗМЫ ГРУППОВОЙ ДИНАМИКИ

Исследователи групповой динамики выделяют несколько *механизмов* этого процесса.

1. Внутригрупповые противоречия и их разрешение как механизм перехода группы с одного уровня на другой.

Существует несколько типов противоречий внутри группы. Это противоречия: а) между возрастанием потенциальных возможностей группы и ее актуальной деятельностью, б) между растущим стремлением каждого члена группы к самореализации и самоутверждению и одновременно усиливающейся тенденцией включения личности в групповую структуру и интеграции ее с группой, в) между поведением лидера и ожиданиями в отношении его поведения членов группы. Периодически возникающее рассогласование этих противоречивых тенденций приводит к дестабилизации группы и

конфликту. Конструктивное разрешение конфликтов приводит к развитию группы.

2. "Идиосинкразический кредит" представляет собой своеобразное разрешение группы на отклоняющееся от групповых норм (девиантное) поведение. Такое поведение, по Е. Hollander (1958), характеризуется как идиосинкразическое, т.е. с "повышением чувствительности" группы к внедрению и принятию в ее жизнедеятельность элементов нового (инноваций). Инновации, в свою очередь, являются условием перехода группы на другой уровень.

3. Психологический обмен состоит в обоюдном удовлетворении участниками взаимодействия в группе определенных социальных потребностей друг друга. Психологический обмен, как и общение, является необходимым условием построения и развития системы межличностных отношений в группе.

ЛИДЕРСТВО И РУКОВОДСТВО В МАЛЫХ ГРУППАХ

В социальной психологии принято различать понятия "лидер" и "руководитель группы". Их различия можно обозначить по следующим параметрам.

1. Лидер призван осуществлять регуляцию межличностных отношений, в то время как руководитель осуществляет регуляцию официальных отношений.

2. Лидерство возникает стихийно, а руководитель назначается или избирается.

3. Явление лидерства нестабильно и зависит от настроения группы, в то время как руководство — явление более стабильное.

4. Руководство подчиненными, в отличие от лидерства, обладает гораздо более определенной системой различных санкций, которых в руках лидера нет.

5. Процесс принятия решения руководителем более сложен и опосредован множеством обстоятельств, не обязательно коренящихся в данной группе, в то время как лидер принимает более непосредственные решения.

6. Сфера деятельности лидера — в основном группа, а сфера деятельности руководителя шире, поскольку она представляет группу в более широкой социальной среде.

7. Лидерство констатируется в условиях
микросреды (группа),
руководство — элемент макросреды, т.е. оно связано
со всей систе
мой общественных отношений.

Лидер немислим в одиночку, он выдвигается в конкретной ситуации, принимая на себя определенные функции. Остальные члены группы принимают лидерство, т.е. строят с лидером такие отношения, которые предполагают, что он будет вести, а они будут ведомыми.

Хотя по происхождению лидер и руководитель различаются, в психологических характеристиках их деятельности существуют общие черты. Строго говоря, лидерство есть чисто психологическая характеристика поведения определенных членов группы, руководство в большей степени есть социальная характеристика отношений в группе, прежде всего с точки зрения распределения ролей управления и подчинения. В отличие от лидерства, руководство выступает как регламентированный обществом процесс.

Теории происхождения лидерства. Существует три основных теоретических подхода в понимании происхождения лидерства.

"Теория черт " ("харизматическая теория" от слова "харизма", т.е. "благодать", которая в религии трактуется как нечто снизошедшее на человека) акцентирует внимание на врожденных качествах лидера, т.е. обладании им определенным набором личностных черт. Многие авторы пытались выделить такие черты лидера, создавались системы тестов. В 1940 г. К. Берд составил список из 79 черт, таких, как инициативность, общительность, чувство юмора, уверенность и др. Однако в целом эта задача оказалась неразрешимой. Разнобой был даже относительно таких понятий, как "сила воли" и "ум". Разочарование в теории черт было настолько велико, что в противовес была даже выдвинута теория "лидера без черт".

"Ситуационная теория лидерства " пришла на смену теории черт. В новой концептуальной схеме теория черт не отбрасывается полностью, но утверждается, что в основном лидерство — продукт ситуации. В конкретной ситуации лидером становится человек, превосходящий других в определенных качествах, необходимых в данной ситуации. Таким образом, черты, качества лидера оказываются относительными. Ж. Пиаже подверг критике эту теорию, т.к. при таком подходе снимается вопрос об активности личности лидера, он превращается в какого-то "флюгера". Тем не менее, ситуационная теория приобрела популярность, на ее основе проведено много экспериментов.

"Системная теория лидерства " рассматривает лидерство как процесс организации межличностных отношений в группе, а лидера как субъекта управления этим процессом. При таком подходе лидерство интерпретируется как функция группы, и изучать его нужно с точки зрения целей и задач группы, хотя структура личности лидера также не должна сбрасываться со счетов. Системная теория имеет преимущества перед другими, т.к. учитывает обе крайние точки зрения предыдущих концепций. Ее можно применять и при изучении не только лидерства, но

и руководства. Большинство отечественных исследований лидерства осуществлено в рамках, близких к данной модели.

Стиль лидерства. Традиционно выделяют "авторитарный", "демократический" и "попустительский" стили лидерства, предложенные К. Левиным. Имеется в виду психологический рисунок типа принятия решения, и речь не идет о каком-либо политическом контексте.

Основные стили

лидерства	Содержательная сторона
Стиль лидерства	
Формальная сторона	
Авторитарный	Дела в группе планируются заранее во всем их объеме. Определяются лишь непосредственные цели, дальние — неизвестны. Голос руководителя — решающий.
Деловые, краткие распоряжения. Запреты без снисхождения, с угрозой. Четкий язык, неприветливый тон. Похвала и порицания субъективны. Эмоции не принимаются в расчет. Показ приемов — не система. Позиция лидера — вне группы.	Мероприятия планируются не заранее, а в группе. За реализацию предложений отвечают все. Все разделы работы не только предлагаются, но и обсуждаются.
Демократический	
Инструкции в форме предложений. Не сухая речь, а товарищеский тон. Похвала и порицание — с советами. Распоряжения и запреты — с дискуссиями. Позиция лидера — внутри группы.	
Попустительский	Дела в группе идут сами собой. Лидер не дает указаний. Разделы работы складываются из отдельных интересов или исходят от нового лидера.
Тон — конвенциональный (соглашательский). Отсутствие похвалы, порицаний. Никакого сотрудничества. Позиция лидера — незаметно в стороне от группы.	

В стиле лидерства выделяют как минимум две стороны: содержание решений, предлагаемых лидером группе, и техника (приемы, способы) осуществления этих решений. При исследовании проблемы лидерства большим упрощением считается деление лидерства на "официальное" и "неофициальное" с представлением о том, что хо-

роший руководитель должен быть и лидером. При обнаружении несоответствия дается рекомендация заменить руководителя и назначить на его место лидера. Такая рекомендация зачастую приводит к дезорганизации деятельности группы, поскольку лидер не всегда способен выполнять функции руководителя.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГРУППЫ

Процесс принятия группового решения тесно связан с проблемой лидерства и руководства, потому что принятие решения — одна из важных функций руководителя, а организация группы на принятие такого решения — особенно сложная задача. Тот факт, что групповые решения во многих случаях являются более эффективными, чем индивидуальные, давно известен в социальной психологии. Не только в социальной психологии, но и в повседневной практике разработаны различные методики принятия групповых решений.

При исследовании этой проблемы социальная психология должна ответить на следующие принципиальные вопросы: что такое групповое решение или, иными словами, как объединяются индивидуальные мнения членов группы в единое решение? Какую роль играет предшествующая дискуссия? Действительно ли групповое решение всегда лучше, чем индивидуальное? Каковы для группы последствия принятия такого решения? Все эти вопросы изучены в социальной психологии неравномерно. Так, наиболее исследована на экспериментальном уровне роль групповой дискуссии К. Левиным. Эксперимент был осуществлен в США в рамках прикладного исследования в годы Второй мировой войны. В условиях экономических затруднений снизилось количество пищевых продуктов и вместо мяса населению предлагались многочисленные субпродукты, но домохозяйки игнорировали новшество. Цель исследования состояла в сравнении эффективности на мнение домохозяек традиционной формы рекламы (лекция) и новой — групповая дискуссия. Оказалось, что через неделю изменение мнения зарегистрировано всего лишь у 3% домохозяек, в то время как в тех группах, где прошли групповые дискуссии, — 32%.

В последующем проведено много подобных экспериментов и в результате их выявлены две важных закономерности:

- 1) групповая дискуссия позволяет столкнуть противоположные позиции и тем самым помочь участникам увидеть разные стороны проблемы, уменьшить сопротивление новой информации;

2) если решение инициировано группой, то оно является логическим выводом из дискуссии, поддержано всеми присутствующими, его значение возрастает, так как оно превращается в групповую норму.

В социальной психологии изучаются различные формы групповых дискуссий: совещание, "мозговая атака" ("брейнсторминг"), метод синектики и другие.

Брейнсторминг ("мозговая атака") предложен А. Осборном (США) и предназначен для продуцирования идей и решений в группе из 7-10 человек различных профессий. В группе есть лишь несколько человек, сведущих в рассматриваемой проблеме. Группа разбивается руководителем на две части: "генераторов идей" и "критиков". Вначале нужно как можно больше предложить вариантов решения проблемы без критического их осмысления, даже нереальных, фантастических. Чужую идею нельзя критиковать, можно только хвалить и развивать, все фиксируется на магнитофон. Затем все собранные идеи передают группе экспертов ("критиков"), которые начинают сортировать предложения. Вначале отсеивают непригодные решения, откладывают спорные, безусловно принимают очевидные. При повторном анализе обсуждают спорные предложения. Как правило, ценных идей оказывается примерно 10%, часть из которых может быть реализована. Возможности метода вначале сильно переоценивались; сейчас полагают, что абсолютизация брейнсторминга при принятии решения нецелесообразна.

Метод синектики (буквально — соединения разнородного) предложен У. Гордон (США) и внешне похож на "брейнсторминг", т.к. на первом этапе требуется выработать также как можно больше разнообразных, а в данном случае прямо противоположных предложений решения проблемы. Для этого в группе выделяются "синекторы" — своеобразные затравщики дискуссии. Дискуссию ведут именно они, хотя и в присутствии группы. Оптимальное их число 5-7 человек. Они начинают дискуссию, впоследствии в нее включаются и другие члены группы, но задача синекторов — наиболее четко формулировать противоположные мнения: группа должна "видеть" две возникшие крайности в решении проблемы, с тем чтобы всесторонне оценить их. При "синектическом штурме" предусмотрено обязательное выполнение четырех приемов аналогии: прямой (как решаются сходные задачи), лично-эмпатийной (войти в образ объекта и рассуждать с его точки зрения; допускается даже такая аналогия, когда один из синекторов отождествляет себя с каким-либо техническим процессом — током воды, вращением вала и т.п.), символической (придумать краткий наглядный образ задачи), фантастический (как эту задачу решит волшебник).

Морфологический анализ заключается в выделении главных характеристик объекта — оси, на которые "нанизывают" всевозможные варианты-элементы решения. В поле зрения при этом могут попасть и неожиданные сочетания, которые едва ли бы пришли в голову.

Метод контрольных вопросов предусматривает применение списка наводящих вопросов типа: "А если все сделать наоборот?", "А если изменить форму объекта?", "А если увеличить (уменьшить) объект?" и так далее.

В теоретическом плане при сравнении ценности принятия индивидуальных и групповых решений обнаружен чрезвычайно интересный феномен, получивший название "*сдвиг риска*". До обнаружения этого феномена психологи придерживались мнения, что группа приводит к усреднению, "нормализации" индивидуальных мнений, в том числе и при принятии групповых решений. Однако это предположение не подтвердилось, если в задаче содержался элемент риска.

В эксперименте испытуемым (группы по 5-7 человек) предлагали задачи, где в решениях был выбор привлекательного, но трудно выполнимого решения, т.е. с высоким риском неуспеха ("журавль в небе") или можно было бы принять менее привлекательное решение, но с высокой вероятностью исполнения ("синица в руках"). Оказалось, что при индивидуальном принятии таких решений чаще выбирался безопасный вариант, но при принятии решения группой предпочтителен был вариант с более высоким риском.

До сих пор идут споры относительно объяснения этого феномена, т.к. они затрагивают важные и более общие вопросы о том, может ли группа быть рассмотрена как нечто, стоящее над индивидами, можно ли вообще прогнозировать какой-либо продукт групповой деятельности на основе знания индивидуальных вкладов в него.

Что касается качества принимаемых групповых решений, то установлено, что его преимущество перед индивидуальным решением зависит от стадии принятия решения: на фазе нахождения решения индивидуальное решение более продуктивно, на фазе разработки (доказательства правильности) выигрывают групповые решения. Возможность совершенствования процесса принятия группового решения пытаются развивать при помощи социально-психологического тренинга. Из трех основных форм тренинга (открытое общение, ролевая игра, групповая дискуссия) только групповая дискуссия является одной из наиболее развитых форм.

На качество решения влияет еще один фактор, получивший название "*групповой дух*" (или "*групповое мнение*"). Этим термином обозначается такая высокая степень включенности в систему групповых ценностей и представлений, что она может мешать принятию правильного решения. Очевидность этого правильного решения приносится в жертву единодушию группы. Наиболее значимыми факторами формирования "группового духа" являются: очень вы-

сокая сплоченность группы, ярко выраженное наличие "мы-чувства", изоляция группы от альтернативного источника информации и высокий уровень неопределенности одобрения индивидуальных мнений членами группы.

Групповая дискуссия приводит к своеобразному явлению поляризации группы: противоположные мнения усиливаются, а "средние" исчезают. Групповая поляризация также противоречит идее об усреднении в групповом решении индивидуальных решений. Это дало основание предположить, что "сдвиг риска", открытый Стоне-ром, можно трактовать более широко—как "сдвиг выбора", осуществляемый в ходе принятия группового решения.

Эффективность деятельности группы обычно оценивается по производительности труда. Другой не менее важный показатель — удовлетворенность членов группы трудом в группе. Следует помнить, что различают две стороны удовлетворенности деятельностью в группе: удовлетворенность системой межличностных отношений и удовлетворенность собственно трудом. Существует и еще один трудновывяемый в лабораторных условиях критерий успешности деятельности группы—это критерий общественной значимости задачи.

ГРУППОВАЯ ТЕРАПИЯ

Существует много определений групповой терапии. Еще в 1932 году Якоб Морено определял групповую терапию как лечение людей в группе. В современной литературе это понятие используется в трех значениях.

1. Групповая терапия рассматривается как совместная деятельность пациентов в лечебных целях, направленная на активацию больных, отвлечение от фиксации на болезненных проявлениях, расширение круга интересов, развитие навыков общения и т.п. (трудотерапия, двигательная и спортивная терапия, музыкотерапия, терапия искусством — арттерапия, различные виды терапии занятостью, "клубы бывших пациентов" и др.).

2. Групповая терапия как психотерапия, использующая отдельные психотерапевтические приемы (гипноз, аутотренинг, убеждение и др.) в группе больных. В ряде случаев этот вид терапии называют еще коллективной психотерапией. При коллективной психотерапии взаимодействия и взаимовлияния между участниками терапевтического сеанса не используются. Практически единственными групповыми феноменами, которые учитывают здесь врач, являются

групповая (взаимная) индукция и подражание. Существует мнение, что данный вид терапии правильнее называть массовой психотерапией, учитывая специфическое значение термина "коллектив" как высшей формы социального объединения людей в отечественной литературе.

3. Групповая терапия как вид групповой психотерапии, где ставится цель использования влияния в лечебных целях на больного самой группы, ее внутренних динамических процессов — *"групповой динамики"*. Принципиально важно отметить, что групповая психотерапия не является самостоятельным направлением в психотерапии, а представляет собой лишь специфический метод, где основным инструментом психотерапевтического воздействия выступает вся группа пациентов. Теории, на которых базируются методы групповой терапии, так же разнообразны, как и теории методик индивидуальной психотерапии. Групповая психотерапия особенно показана больным с невротическими состояниями. Обычная продолжительность терапии составляет 1,5—2 месяца при 1,5-часовых занятиях 5 раз в неделю. Частота сеансов в неделю может быть реже указанной, но в этих случаях общая продолжительность терапии обычно увеличивается. Для ускорения динамики группы иногда практикуют увеличение продолжительности одного сеанса терапии от 5 часов до нескольких дней подряд ("марафон"). Типичным примером является "марафон в выходные дни" продолжительностью 24—48 часов.

При групповой психотерапии психотерапевтическая группа проходит определенные фазы, или стадии, своего развития. Фазы могут иметь различную продолжительность, однако первые две обычно занимают от 20 до 30% времени работы психотерапевтической группы.

Первая фаза (зависимость и ориентировка) представляет собой период образования группы, совпадает с поступлением пациентов в клинику и их адаптацией к новым условиям. Она характеризуется в целом пассивным, зависимым от врача поведением, ожиданиями и высоким уровнем напряжения. Характерны вопросы типа: "Что будем делать?", "Что это за лечение?", "Как это мне поможет?". В литературе эту фазу также часто называют "фазой неуверенности", "псевдоинтеграции", "поиска смысла", "регрессивности" и др.

Вторая фаза (конфликты и протест психотерапевту) также характеризуется высоким уровнем напряжения, но поведение пациентов из пассивного становится активным, аффективно заряженным скрытой или явной агрессией по отношению к психотерапевту. Про-

исходит борьба за лидерство, распределяются роли, обостряются внутригрупповые конфликты и растет сопротивление. Психотерапевту следует помнить, что в сущности здесь речь идет не столько о конфронтации группы с психотерапевтом, сколько о конфронтации пациентов со своими собственными ожиданиями. Конечно, напряжение в группе должно контролироваться врачом, но опыт показывает, что попытки психотерапевта избежать этой фазы или снизить "накал чувств" в ней снижает психотерапевтический потенциал группы, искажает групповой процесс, превращая его в индивидуальную психотерапию в группе или ведет к директивной позиции психотерапевта. В литературе эту фазу также часто называют "фазой растормаживания агрессивности", "фазой бунта".

Третья фаза (развитие и сотрудничество) характеризуется процессом структурирования группы, упрочением групповых норм, целей и ценностей, формируется групповая сплоченность. Эмоциональная напряженность в группе снижается, борьба за лидерство отступает на второй план, диалоги становятся более откровенными и доверительными. У членов группы появляется чувство безопасности и уверенности в том, что группа их защитит. Отношения с психотерапевтом нормализуются.

Четвертая фаза (целенаправленная деятельность) представляет собой фазу активно работающей группы. Группа может активно решать собственно психотерапевтические задачи, становится зрелой социальной системой ("рабочим коллективом"). Ее члены размышляют, советуются, принимают решения. Налаживается положительная обратная связь, которая не нарушается даже в тех случаях, когда к обсуждению сознательно допускаются отрицательные эмоции и конфликты. Для этого периода характерно использование приобретенного опыта и во внеклинических ситуациях.

Существуют группы, в которых акцент делается на поддержание и совершенствование социальных навыков, на облегчение определенных симптомов или разрешение нереализованных внутрипсихических конфликтов. В центре внимания могут быть пациент в группе, взаимодействие между людьми в группе или группа как единое целое. Использование методов групповой психотерапии может помочь решить как индивидуальные, так и межличностные проблемы. Терапевтические факторы групповой терапии включают в себя идентификацию, универсализацию, принятие, альтруизм, перенесение, оценку реальности и обсуждение. Группы представляют собой формы, внутри которых воображаемые страхи и переносимые искажения могут быть непосредственно подвергнуты исследованию и коррекции.

Группа может быть гомогенной или гетерогенной, в зависимости от проблем пациентов. Гомогенные группы включают в себя участников, стремящихся уменьшить вес тела или бросить курить или имеющих одни и те же проблемы, связанные с соматическим или психическим состоянием, например с посттравматическим стрессовым расстройством или с расстройствами, вызванными злоупотреблением психоактивными веществами. Специальные группы предназначены для пациентов с различными симптомами. Для пациентов с психотической симптоматикой, которым необходимо структурирование и прямое направление их мыслей, будет неэффективным пребывание в группах, ориентированных на достижение инсайта. Состояние пациентов с параноидными симптомами, антисоциальными расстройствами и злоупотреблением психоактивными веществами может улучшиться после групповой терапии, но пребывание в гетерогенных группах, ориентированных на достижение инсайта, для них также неэффективно. Как правило, включение в группы пациентов с тяжелой психотической симптоматикой и суицидальными идеями не дает эффекта.

Анонимные алкоголики — пример высокоструктурированной, управляемой на равноправных условиях группы, которая организована для людей со схожей главной проблемой. В группах акцент делается на обмене опытом, на ролевых моделях, обсуждении ощущений и сильном чувстве единения и взаимной поддержки. Также существуют аналогичные группы анонимных наркоманов и анонимных пациентов с сексуальной патологией.

Семейная терапия. Семейная терапия основана на теории, в соответствии с которой семья является системой, стремящейся сохранить состояние равновесия вне зависимости от степени дезадаптации. Эта теория называется ориентацией на семейные системы, а используемые в ее рамках методы сосредоточены прежде всего на семье, а не на отдельном пациенте. Таким образом, вся семья становится пациентом, в отличие от члена семьи, который может быть идентифицирован как больной. Одной из главных целей семейного психотерапевта является определение гомеостатической роли, иногда патологической, которую отдельный пациент играет в конкретной семейной системе. Одним из примеров является ребенок, который идентифицируется семьей как пациент, а в действительности обеспечивает поддержание семейной системы, будучи включенным в супружеский конфликт как "козёл отпущения", судья или даже суррогатный супруг(а). Задача психотерапевта состоит в том, чтобы помочь семье понять сложность сути происходящего в этом треугольнике процесса и обратиться к глубинному конфликту, который лежит в основе неправильного, разрушительного отношения к ребенку. Методы, используемые при этом, включают переструктурирование и позитивное представление (позитивное)

тивное осознание всех негативно выражаемых чувств или поведенческих реакций), например "этот ребёнок невыносим" превращается в "этот ребёнок отчаянно пытается оградить или защитить вас от последствий того, что он или она считают несчастным браком".

К другим целям семейной терапии относятся изменение дезадаптивных правил, которые действуют в семье, формирование более глубокого осознания динамики взаимоотношений между поколениями, установление равновесия между личными и семейными факторами, установление взаимного прямого контакта и общения, искоренение взаимных обвинений и представления кого-то из членов семьи в качестве "козла отпущения".

Терапия пар, или брачная терапия. Примерно 50% пациентов участвуют в психотерапии главным образом из-за проблем, связанных с браком. Терапия пар, или брачная терапия, представляет собой эффективный способ помочь каждому из пациентов достичь самопознания при решении беспокоящих вопросов. Эта терапия охватывает широкий диапазон методов лечения, направленных на укрепление чувства удовлетворенности от супружеской жизни или коррекцию нарушений, возникающих в браке. Как и в случае с семейной терапией, в качестве пациента выступают супружеские пары, а не каждый из них в отдельности.

Лечение средой. Многодисциплинарный терапевтический подход, используемый в стационарных условиях. Термин "лечение средой" отражает идею, согласно которой любая деятельность, происходящая в палате, ориентирована на усиление способности пациента выживать в обществе. Терапия средой, как правило, групповая. Одновременно может использоваться терапия творчеством и трудотерапия. Используются управляемая деятельность терапевтических групп, встречи в рамках общины, групповые выезды и социальные мероприятия.

Глава 27

ЗАКОНОМЕРНОСТИ ОБЩЕНИЯ И ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЛЮДЕЙ

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ОБЩЕСТВЕННЫЕ ОТНОШЕНИЯ

Взаимодействие человека с окружающим миром осуществляется в системе объективно существующих отношений, которые складываются между ним, живой и неживой природой, другими людьми. Проблема отношений имеет в психологии большое практическое значение, и в нашей стране она активно разрабатывалась В.Н. Мясищевым(1949).

Связь с внешним миром существует и у животных, но только для человека эта связь выступает как отношение к окружающему. Важнейшей составной частью всей системы отношений являются *межличностные (интерперсональные) отношения*. Отношения зависимости, подчинения, сотрудничества, взаимопомощи и другие отношения неизбежно и закономерно возникают в любой реальной группе людей. Следует к этому добавить, что не только каждый индивид вступает в отношения, но и целые группы людей также вступают в отношения между собой. Последние чаще всего определяют как *социальные (общественные) отношения*. Таким образом, человек оказывается субъектом многочисленных и разнообразных отношений, и во всем этом многообразии отношений различают межгрупповые (социальные, общественные) и межличностные (психологические) отношения.

Общественные отношения исследуются социологией, где выделяют экономические, политические, идеологические и другие виды отношений. Такие отношения строятся не на основе симпатий или антипатий, а обусловлены объективно и носят безличный характер. Если здесь и осуществляется между индивидами какое-то взаимодействие, то сущность его сводится к взаимодействию их как носителей определенных "социальных ролей", которые они выполняют в своей социальной группе.

Социальная роль всегда несет на себе печать общественной оценки: общество может одобрять или не одобрять некоторые социальные роли (например, не одобряется такая социальная роль, как "преступник"). Важно подчеркнуть, что это одобрение или неодобрение относится не к конкретному лицу, а лишь к конкретному виду социальной деятельности. Указывая на роль, мы отно-

сим человека к определенной социальной группе, идентифицируем его с группой.

Сама по себе социальная роль не определяет все поведение человека в деталях. Усвоение ее зависит от многих обстоятельств — индивидуальных особенностей человека, его воспитания и обучения. Поэтому общественные отношения, хотя и являются безличностно-ролевыми, в своем конкретном проявлении все равно имеют личностную окраску. В социологии и политической экономии можно абстрагироваться от нее, однако в социальной и политической психологии этот личностный аспект роли является предметом специального анализа. Любая социальная роль всегда оставляет некоторый "диапазон возможностей" для своего исполнителя, что часто называют "стилем исполнения роли". Именно этот диапазон и является основой для построения внутри системы безличных общественных отношений — отношений второго рода, т.е. психологических, межличностных.

Межличностные отношения, в отличие от общественных отношений, складываются на эмоциональной основе, т.е. на основе определенных чувств, возникающих у людей друг к другу. Поэтому их можно рассматривать как фактор "психологического климата" группы. В социальной психологии чувства чаще всего сводят в две большие группы: конъюнктивные, т.е. сближающие, объединяющие людей, и дизъюнктивные, т.е. разъединяющие, антипатийные чувства. Главным методом исследования межличностных отношений является метод социометрии, предложенный американским исследователем Я. Морено (1958). Сущность методики заключается в выявлении системы симпатий и антипатий путем определенных "выборов" из состава группы своих членов по заданному критерию. Результаты заносятся в таблицу — социометрическую матрицу, что позволяет рассчитывать различного рода социометрические индексы как индивидуальные, так и групповые.

ОБЩЕНИЕ И ЕГО СТРУКТУРА

Как общественные, так и межличностные отношения раскрываются и реализуются в общении. Вне общения просто немислимо человеческое общество. Корни общения лежат в материальной жизнедеятельности индивидов. Идея единства общения и деятельности особо подчеркивается в отечественной психологии, хотя иногда общение интерпретируют даже как особый вид деятельнос-

ти. Но в любом случае все признают недопустимость их отрыва друг от друга при анализе.

Общение — это многоплановый процесс установления и развития контактов между людьми, порождаемый потребностями в совместной деятельности. Он включает в себя обмен информацией, выработку единой стратегии взаимодействия, восприятие и понимание другого человека. Другими словами, в структуре общения можно выделить три его взаимосвязанных стороны: коммуникационную, интеракционную и перцептивную.

Имеются другие классификации структуры и функций общения. Например, Панферовым В.К. (1987) предложено различать шесть функций:

1) коммуникативная функция — осуществление взаимосвязи людей на уровне индивидуального, группового и общественного взаимодействия;

2) информационная функция состоит в обмене информацией между коммуникантами;

3) когнитивная функция состоит в осмыслении значений на основе представлений, воображения и фантазии;

4) эмотивная функция общения проявляется в эмоциональной связи индивида с действительностью;

5) конативная функция состоит в управлении и коррекции взаимных позиций коммуникантов — уточняются цели, мотивы и программы поведения, взаимная стимуляция и взаимный контроль поведения;

6) креативная функция общения состоит в развитии людей и формировании новых отношений между ними через механизмы взаимовлияния — подражание, эмоциональное заражение, внушение и убеждение.

Общение страдает, если нарушена хотя бы одна из функций. При анализе реального общения полезно провести диагностику представленности этих функций, а затем принять меры для их коррекции.

Коммуникативная сторона общения

Коммуникативная сторона общения включает в себя обмен информацией между участниками совместной деятельности. Основными средствами коммуникации являются различные знаковые системы. Обычно различают вербальную коммуникацию, где в качестве знаковой системы используется речь, и невербальную коммуникацию, где используются неречевые знаковые системы.

Вербальная коммуникация. В ходе совместной деятельности люди обмениваются между собой различными идеями, представле-

ниями, настроениями, чувствами, интересами и установками. Все это можно расценивать как информацию, а сам процесс общения отсюда может быть понят как обмен информацией и описан в терминах теории информации. Однако здесь фиксируется лишь формальная сторона дела — человеческая коммуникация не сводится только к информационному обмену.

При человеческом общении происходит не просто обмен информацией, но и ее формирование, уточнение и развитие. Особую роль здесь играет *значимость* информации для собеседников, возможность через нее психологически воздействовать, влиять друг на друга. Кроме того, даже зная значение слов, разные люди часто могут понимать их неодинаково в силу своих социальных, политических или возрастных различий, а также конкретной ситуации общения. Только у людей возможно возникновение этих специфических коммуникативных барьеров социального характера, а также барьеров психологических, таких как, например, застенчивость или неприязнь и недоверие к собеседнику. Ничего подобного не бывает в информационных процессах кибернетических устройств.

Тем не менее в психологических концепциях общения широко используются термины из теории информации, такие как "*аксиальный коммуникативный процесс*" (от лат. axis — ось), когда сигналы направлены единичным приемникам информации, т.е. отдельным людям; и "*ретинальный коммуникативный процесс*" (от лат. rete — сеть), когда сигналы направлены множеству вероятных адресатов.

Научное исследование последнего процесса в связи с гигантским развитием средств информации приобретает особо важное значение. В этих случаях отправление сигналов группе не просто информирует их о чем-то, но и создает феномен социальной ориентации. При этом следует учитывать, что информация людьми принимается через своеобразный *фильтр "доверия и недоверия"*. Этот фильтр действует так, что абсолютно истинная информация может оказаться не принятой, а ложная — принятой. Способы, которые ослабляют действие этих фильтров и помогают принятию информации, называют *фасцинацией*. Примерами фасцинации являются музыкальное или цветное сопровождение передаваемого речевого сообщения.

Сама по себе информация, исходящая от источника информации (коммуникатора) к слушателям (реципиентам), может быть двух типов: побудительная и констатирующая. Побудительная информация в свою очередь подразделяется на активизирующую, т.е. побуждающую к действию в заданном направлении, интердикционную, т.е. запрещающую нежелательную активность, и дестабилизирующую,

т.е. приводящую к рассогласованию и нарушению некоторых форм поведения и деятельности.

Невербальная коммуникация. На сегодняшний день описано довольно много невербальных знаковых систем: кинесика, паралингвистика, проксемика, визуальное общение, такесика. Все они призваны дополнить, заместить речь или отражают эмоциональное состояние партнеров. По оценке Мерабяна (1972), содержание сообщений только на 7% передается смыслом слов, 38% информации определяется тем, как эти слова произносятся, и 55% — выражением лица.

Кинесика включает в себя жестикуляцию, мимику и пантомимику. Эта общая моторика различных частей тела отображает эмоциональные реакции человека. Выразительные движения уточняют, дополняют, поясняют речевые сообщения. Исследования показали, что флегматик делает минимальное, а холерик максимальное количество жестов в одинаковых ситуациях. Кинесика почти всегда выдает состояние человека, даже если он пытается скрыть его.

Некоторые нюансы включения моторных знаков в общение могут иногда приводить к недоразумениям. Например, русский движение головы сверху вниз воспринимает как "да", согласие, в то время как болгарин этот знак интерпретирует противоположным образом. Включение в разговор моторных знаков различно в разных культурах. Например, в одном из исследований показано, что в течение часа финны жестикулировали 1 раз, итальянцы — 80, французы 120, а мексиканцы — 180 раз.

Пара- и экстралингвистика — системы знаков, представляющие собой "добавки" к речи. Паралингвистическими знаками называют различные системы вокализации — тембр голоса, его тональность и другие. К экстралингвистическим знакам относят паузы, включение в речь смеха, плача, покашливания и сам темп речи. Таким образом, все эти дополнения усиливают семантическую значимость информации посредством "околоречевых" приемов.

Проксемика или "пространственная психология" (по Э. Холлу) — специальная область, занимающаяся нормами организации общения в пространстве и времени.

Окружающая среда имеет для человека не только физический, но и психологический смысл. Индивидуальное пространство по-разному понимается и ощущается жителями разных стран. Например, служебные помещения в США строят часто из стекла и они просматриваются насквозь. Американцы привыкли быть на виду у коллег, прохожих. Они "говорят" таким образом, что им нечего скрывать, они занимаются делом. Европейцы, особенно немцы, в такой обста-

новке работать не могут. Подобные здания они называют "фабриками неврозов".

Определенные правила существуют и при сохранении личного пространства. Э. Холл экспериментально зафиксировал нормы приближения к партнеру при различных ситуациях общения. Так, для американцев интимное расстояние составляет 45 см, т.е. ближе могут подходить друг к другу только близкие люди. Дружеская дистанция (персональное расстояние) — от 45 до 120 см — характерна для общения знакомых людей. Официальная (социальная) дистанция между незнакомыми людьми и при отношениях субординации составляет от 120 до 400 см. И, наконец, публичная дистанция, расстояние, например, между лектором и аудиторией — от 400 до 750 см. При проведении дискуссии оптимальным размещением участников считается размещение их за круглым столом: лидеры двух команд сидят напротив друг друга, а участники команд справа от своего лидера.

В некоторых субкультурах и ряде специальных сфер деятельности (например, в дипломатии) детально разработаны пространственно-временные характеристики для организации определенных видов общения. Своевременный приход к началу переговоров в дипломатии свидетельствует об уважении к партнеру, а опоздание истолковывается как проявление неуважения. В дипломатических отношениях существует множество различных "допусков" опозданий с соответствующими их значениями.

Визуальное общение ("контакт глаз") — первоначально связывалось только с ситуациями интимного общения. Однако позже было установлено, что знаки, представленные взглядом и движениями глаз, включены в более широкий диапазон ситуаций общения. Разговаривая с аудиторией, целесообразно переводить взгляд с одного слушателя на другого, стремясь создать впечатление у каждого, что именно он избран объектом внимания. В одном из экспериментов отмечено, что те, на кого в классе учитель не смотрел, оценили его как личность на 25% ниже и на эти же 25% хуже усвоили учебный материал. Как и все невербальные средства, контакт глаз имеет значение дополнения к вербальной коммуникации.

Такесика — прикосновение. Этнографы делят человеческие культуры на "контактные" и "неконтактные". Представители контактных культур (итальянцы, арабы, латиноамериканцы) в разговоре стоят близко друг к другу и часто теребят одежду друг друга, кладут ему руку на плечо, вертят пуговицу на пиджаке. Члены неконтактных культур (скандинавы, японцы, англичане, индийцы), разговаривая, не подходят близко друг к другу и не прикасаются к собеседнику. Например, сидя в ресторане, английские юноша и девушка касаются друг друга 1-2 раза в час, а мексиканские — 100-120 раз. В отече-

ственной культуре эти требования не столь жесткие. Однако у нас в разговоре не принято касаться собеседника. Следует отметить, что в ряде случаев прикосновение полезно при утешении, может подбодрить человека, успокоить. Не следует забывать, что высокомерно-фамильярные прикосновения вызывают у человека только возмущение, воспринимаются им как покушение на независимость.

Каждая из этих систем невербальной коммуникации использует свою знаковую систему, которую можно рассмотреть как определенный код. В случае невербальной коммуникации выделение единиц "семантически значимой информации" затруднено, однако различные попытки решения этой задачи предпринимались. В частности, шведский ученый К. Бирдвистл предложил выделить единицу телодвижений человека — кин, или кинему (по аналогии с фонемой в лингвистике). Из кинем образуются кинем-морфы (нечто подобное фразам), которые и воспринимаются в ситуации общения. Для классификации выражений лица, в литературе их описано более 20 000, была предложена FAST-методика, где лицо делится на три зоны горизонтальными линиями — глаза и лоб, нос, рот и подбородок. Затем выделяются шесть основных эмоций: радость, гнев, удивление, отвращение, страх и грусть. Фиксация эмоций по зоне позволяет регистрировать и соответствующие мимические движения.

В настоящее время активно изучаются *парадоксальные коммуникации*, которые ставят в трудное положение одного из собеседников. Этот вид общения чаще всего принимает форму приказа, который надо выполнить без проявлений неповиновения. Примером такой парадоксальной материнской коммуникации является описание Гринсберга (цит. по: Творогова Н.Д., 1998). Подарите сыну две рубашки, как он наденет одну из них, печально на него посмотрите и произнесите проникновенным голосом: "А другая, она тебе не нравится?". Парадоксальная коммуникация содержит два взаимоисключающих принуждения, причем одно может быть сформулировано вербально, а другое невербально. Существуют и другие разновидности подобных метакоммуникаций.

Человек, не способный к метакоммуникациям, столкнувшись с абсурдностью в его понимании таких ситуаций, может обнаружить одну из следующих реакций:

1) у него складывается впечатление, что что-то существенное от него ускользает, поэтому даже самые безобидные факты, которые к ситуации не относятся, он начинает принимать как относящиеся к сути беседы (аналогия с паранойдностью);

2) он начинает понимать буквально ту "логику" ситуации, которая его озадачивает, он начинает подчиняться всем ее требованиям (аналогия с гебефренностью);

3) он может полностью "выйти из игры", отрезав все пути коммуникации, демонстрируя свою скрытность и неприступность (аналогия с кататоническим негативизмом).

Когда человек не в состоянии расшифровывать сообщения других людей, то он похож на саморегулирующуюся систему, которая лишилась своего регулятивного устройства. Такой человек обречен на систематические искажения (Бейтсон и др., 1956).

ИНТЕРАКТИВНАЯ СТОРОНА ОБЩЕНИЯ

Интерактивная сторона общения заключается во взаимодействии общающихся, т.е. обменом в процессе общения не только словами, но и действиями, поступками. Это уже не просто общение, а совместная деятельность, направленная на реализацию общих для группы целей, это и взаимное влияние друг на друга контактирующих людей.

Существует два вида взаимодействия: кооперация и конкуренция. В последнее время из кооперации стали выделять "помогающее поведение", характеризующее стремление оказать помощь другому человеку.

Кооперация — основной вид взаимодействия, при котором происходит объединение, суммирование усилий участников. В целом для нее характерно взаимопонимание людей. А для взаимопонимания необходимо, чтобы основные характеристики мировоззрения участников взаимодействия имели точки соприкосновения. Устойчивая кооперация существенно затруднена, если в группе есть индивидуалисты и коллективисты или непримиримые атеисты и фанатично верующие и тому подобное.

Взаимопонимание зависит от знания самого себя и партнеров по общению, адекватной самооценки и оценки окружающих, умения регулировать свое внутреннее психическое состояние, способствующее налаживанию отношений с другими людьми. Следует помнить, что не существует каких-либо специфических качеств, способствующих возникновению симпатии к человеку. Одна и та же черта зачастую оценивается и положительно, и отрицательно в зависимости от отношения к человеку и ситуации взаимодействия. Например, смелость может быть расценена как нахальство, бережливость — как жадность, а скромность и стеснительность — как скрытность и хитрость.

Важно подчеркнуть и то, что для подлинно дружеских отношений необходимо, чтобы партнеры находились примерно на одном уров-

не развития с относительно равным набором достоинств и недостатков, это подсознательная потребность человека. Но поскольку не всегда удается выбор приблизительно равного себе по интеллекту и внешнему виду партнера, существуют три вида вхождения в контактное взаимодействие (Ершов П.М., 1972): "пристройка сверху", "пристройка на равных" и "пристройка снизу".

Пристройка сверху—это "техника" доминирования над партнером. В ее классическом варианте происходит навязывание определенной дистанции в общении с ним, характерна выпрямленная поза, жесткий немигающий взгляд или полное отсутствие визуального общения, медленная речь с паузами.

Пристройка на равных — характеризуется мышечной и психической раскованностью. При этом громкость и темп их речи уравновешены, на лице улыбка, внимание переходит в мягкий обмен взглядами, партнеры располагаются на комфортной дистанции.

Пристройка снизу — отличается приниженной позой, согнутым туловищем, движениями глаз вверх-вниз или слева направо (бегающий взгляд), быстрым темпом речи, предоставлением инициативы партнеру.

Взаимоотношения улучшаются, когда люди делают друг другу добро. Причем замечено, что, как это ни парадоксально, лучше относится к партнеру не тот, кто добро получает, а тот, кто его делает. Этот вывод вытекает не только из житейских наблюдений, но и подтвержден лабораторным экспериментом. Таким образом, для укрепления сплоченности группы, усиления взаимной симпатии необходимо ставить ее членов в такие условия, чтобы они чаще оказывали друг другу различные услуги, проявляя при этом внимание и доброту.

Особую роль в интерактивном общении играют личности, которые могут выступить организаторами различной деятельности, обладающие притягательностью и обаянием. Их называют лидерами группы, и от них во многом зависит психологический климат в коллективе. Вопрос о лидерах и лидерстве в социальной психологии рассматривается особо, а здесь только отметим, что подлинный лидер готов действовать даже в ущерб себе, подчиняя свои желания интересам коллектива.

Конкуренция — соперничество, соревнование между участниками интерактивной группы, которое может при определенных условиях привести к атмосфере недоверия, подозрительности, отчуждения и даже социальному конфликту.

Конкурентные отношения возникают и внутри любой кооперации — наивно полагать, что в коллективе никто ни с кем не вступает в спор и не возникают противоречия. Бесконфликтная жизнь — ил-

люзия. В любом коллективе, организации что-то новое, передовое отстаивает право на существование в борьбе со старым, консервативным. Поэтому различные конфликты и противоречия в группах не всегда следует считать дефектами общения. Они во многих случаях являются своего рода страховкой, гарантией против застоя. Стремление добиться внешнего благополучия, нежелание и даже боязнь вступить в конфликт порождают нравственную аморфность и пассивность личности.

Структуру социального конфликта как наиболее яркую форму выражения конкуренции разные авторы описывают по-разному, но основные элементы его практически принимаются всеми. Это конфликтная ситуация, позиции участников (оппонентов), объект конфликта, "инцидент" (пусковой механизм), развитие и разрешение конфликта. Все эти элементы ведут себя различно в зависимости от типа конфликта, но важно подчеркнуть, что конфликт не всегда только деструктивен.

Продуктивный конфликт способствует формированию более всестороннего понимания проблемы, а мотивации партнеров, защищающих противоположную точку зрения, становятся более "законными" (легитимными) с точки зрения групповых норм. Сам факт признания легитимности противоположной точки зрения способствует развитию кооперации внутри конфликта и возможности его разрешения и нахождения оптимального решения.

Деструктивный конфликт приводит к разрушению всех либо отдельных элементов сложившихся социальных систем, изоляции или подавлению субъектов конфликта, деформации отношений между членами группы. Все это сказывается на работе, на их настроении и самочувствии, затрудняются или делаются невозможными совместные координированные действия. Практически важно уметь не допускать перехода конфликтных ситуаций в деструктивное русло, предупреждать такое развитие событий. В настоящее время теория и практика разрешения конфликтных ситуаций выделилась в отдельную дисциплину, названную *конфликтологией*.

Конфликты часто возникают стихийно, непредвиденно, ситуативно. Чаще они провоцируются неумелой критикой друг друга. Американский психолог Дейл Карнеги считает, что критика это и есть та "опасная искра, которая может вызвать взрыв в пороховом погребе гордости". В условиях конфликтной ситуации, связанной с критикой, главное — не потерять самообладание. Овладеть ситуацией помогает умение выслушать собеседника. Между тем, по данным исследования, лишь 10% людей умеют выслушать другого в случае возникновения разногласий.

В социальной психологии было несколько попыток описать структуру интерактивного общения. В частности, в теории Т. Парсона для описания структуры взаимодействия вводится понятие единичных действий, которые складываются в системы действий. Деятели мотивируются реализацией собственных установок и потребностей, а в отношении "другого" он развивает систему ориентации и ожиданий, которые определены как стремлениями к достижению цели, так и с учетом вероятных реакций другого. Однако предложенная классификация возможных видов взаимодействия распространения не получила.

В другой классификации польского исследователя Я. Щепаньского (1969) структура взаимодействия связана с расчленением взаимодействия не на элементарные акты, а на стадии, которые оно проходит. Центральным понятием у него является понятие "социальной связи". Социальная связь может быть типа пространственного контакта, психического контакта (взаимная заинтересованность), социального контакта (совместная деятельность), взаимодействия (действия с целью вызвать соответствующую реакцию у партнера) и социального отношения (взаимно сопряженных систем действий).

Теория транзакций ("транзактный анализ") — концепция структурного описания взаимодействия, получившая большую популярность и признание в практике работы с группами и при психологическом консультировании. Она предложена Эриком Берном (1902-1970), который развивал представления об общении, опираясь на теорию психоанализа. С его точки зрения, вступая в контакт, люди находятся в одном из базовых состояний: Ребенок, Взрослый или Родитель. Позиция Ребенка кратко может быть определена как позиция "хочу", позиция Родителя — "надо", а позиция Взрослого — объединение "хочу" и "надо".

Успех общения во многом зависит оттого, соответствуют ли друг другу Его-состояния коммуникантов. Эффективность взаимодействия выше, если транзакции носят "дополнительный" характер, т.е. совпадают. Так, благоприятными для общения являются такие пары Его-состояний, как "Ребенок-Ребенок", "Взрослый-Взрослый", "Родитель-Родитель".

Взаимодействие нарушается, если транзакции "пересекаются". Типичным житейским примером последних является ситуация, когда, например, жена обращается к мужу с информацией: "Я порезала палец" (апелляция к Взрослому с позиции Взрослого), а в ответ слышит: "Вечно у тебя что-то случается!" (ответ с позиции Родитель) или "Что же теперь я должен делать?" (ответ с позиции Ребенок). Как можно заметить, эффективность взаимодействия в этих случаях меньше, чем если бы ответ шел с позиции Взрослого: "Сейчас перевяжем".

Таким образом, для успеха общения все транзакции должны приводиться в соответствие с базисными, т.е. совпадающими. В этом

состоит задача психолога при консультировании клиента. Другая его задача состоит в том, чтобы освободить клиента от так называемых "игр" в общении, осваиваемых еще в детстве и выражающих лицемерие и неискренность. Кроме игр, Э. Берн особое внимание при описании взаимодействия уделяет различным ритуалам и полуритуалам. Каждая ситуация диктует свой стиль поведения и действий: в каждой из них человек по-разному "подает" себя, а если эта самоподача неадекватна, то возникают затруднения во взаимодействии.

Ритуальный стиль поведения часто задается некоторой культурой. Так, для американцев традиционно на вопрос: "Как дела?" отвечать "Прекрасно!", как бы это ни было на самом деле. Для нашей культуры свойственно отвечать "по существу", причем не стесняться негативных характеристик собственного бытия ("Ой, жизни нет, цены растут, транспорт не работает..."). Человек, привыкший к другому ритуалу, получив такой ответ, будет озадачен, как взаимодействовать дальше (Андреева Г.М., 1977).

ПЕРЦЕПТИВНАЯ СТОРОНА ОБЩЕНИЯ

Перцептивная сторона общения означает процесс взаимовосприятия и познания партнеров по общению и установление на этой основе взаимопонимания.

Человек вступает в общение как личность и воспринимается партнером по общению также как личность. В ходе познания одновременно осуществляется несколько процессов: эмоциональная оценка другого, попытка понять его поступки, построение стратегии изменения его поведения, построение стратегии своего собственного поведения. Таким образом, от меры точности "расшифровки" и понимания внешнего рисунка поведения другого человека зависит и успех организации с ним согласованных действий. Многим требуется время, чтобы понять, что впечатление, вызываемое ими у других людей, может значительно отличаться от ожидаемого ими.

Очень часто восприятие человека человеком обозначают термином "социальная перцепция", введенным Дж. Брунером в 1947 году в ходе разработки так называемого "нового взгляда" (New Look) на восприятие. Позднее за этим термином закрепилось понимание процесса восприятия всех "социальных объектов" (другие люди, социальные группы и большие социальные общности), т.е. более широко, чем просто восприятие человеком человека. При рассмотрении общения целесообразно говорить не вообще о социальной перцепции, а о межличностной перцепции, или межличностном восприятии. Более того, само употребление термина "восприятие" также является не совсем точ-

ным, так как речь идет о познании человека человеком в целом, включая и когнитивные процессы.

Идентификация — уподобление себя партнеру по общению, является одним из самых простых способов понимания другого человека. Здесь предположение о внутреннем состоянии собеседника строится на основе попытки поставить себя на его место. Психоаналитики в этих процессах усматривают влияние переноса.

Эмпатия — другое, близкое по содержанию к идентификации, явление, понимаемое как "вчувствование", умение распознавать эмоции окружающих, откликаться на них. Здесь имеется в виду не рациональное осмысление проблем другого человека, а стремление эмоционально его понять и эмоционально откликнуться на его переживания. Это вовсе не означает, что человек тем самым полностью одобряет линию поведения партнера и ее поддерживает. Он ее понимает и принимает, но свое поведение может строить иначе.

Рефлексия — определяется в процессах общения как знание и понимание того, как другой человек знает и понимает меня самого. В общении это выглядит как своеобразный удвоенный процесс зеркальных отражений друг друга, последовательное взаимоотражение. Именно от этого зависит подлинное взаимопонимание, личностное развитие. Личность становится для себя тем, что она есть, через то, что она представляет собой для других.

Эффекты межличностного восприятия — зависят от характеристик как субъекта, так и объекта восприятия. Каждый из участников, оценивая другого, стремится построить определенную систему интерпретации поведения, причин его. В обыденной жизни люди обычно мало знают о действительных причинах поведения другого. Тогда, в условиях дефицита информации, они начинают приписывать друг другу причины и образцы поведения, которых в действительности нет. Приписывание осуществляется либо на основе сходства поведения с каким-то имевшим место в прошлом опыте образцом, либо на основе анализа собственных мотивов, предполагаемых в аналогичной ситуации. Так или иначе возникает целая система способов такого приписывания — *каузальная атрибуция*. Значительна при этом роль "первого впечатления", предубеждений и установок. Наиболее изученными механизмами "приписывания" являются эффекты "ореола" ("галлоэффект"), "первичности и новизны", а также "сте-реотипизации".

Эффект ореола — происходит приписывание воспринимаемому человеку качеств на основе образа, который сложился ранее о нем из различных источников информации. Этот образ, ранее существовавший, выполняет роль "ореола", мешающего видеть действительные

черты и проявления объекта восприятия. Эффект ореола проявляется и при формировании первого впечатления о человеке, когда первое благоприятное впечатление приводит к позитивной оценке и еще неизвестных качеств человека, и наоборот, общее неблагоприятное впечатление способствует преобладанию негативных оценок.

Эффекты "первичности" и "новизны"—зависят от порядка предъявления информации о человеке для составления представления о нем. При восприятии незнакомых людей преобладающей является самая первая известная информация о нем. Напротив, в ситуациях восприятия знакомого человека действует эффект новизны, который заключается в том, что последняя, т.е. более новая, информация о нем оказывается наиболее значимой.

Стереотипизация—это сложившийся некоторый устойчивый образ события, явления или человека, которым мы пользуемся как своеобразным "сокращением" при взаимодействии. В более широком плане и все описанные выше эффекты можно рассмотреть как проявления стереотипизации. Впервые термин "социальный стереотип" был введен У. Липпманом в 1922 году и содержал негативный оттенок, связанный с ложностью или неточностью восприятия. В житейском плане это всевозможные предубеждения и предвзятости.

Область исследований, связанных с выявлением механизмов образования различных эмоциональных отношений к воспринимаемому человеку, получила название "*аттракция*". Буквально аттракция — привлечение, но здесь не просто привлечение, а процесс формирования привлекательности какого-то человека и продукт этого процесса, т.е. некоторое качество отношения к нему. Аттракцию можно рассматривать как особый вид социальной установки на другого человека, в которой преобладает эмоциональный компонент.

Половые различия в общении. Общение между мужчинами больше подчинено статусной иерархии, чем общение между женщинами. При этом люди с меньшими статусом выигрывают больше от использования социально приемлемых видов поведения, чем люди с высоким статусом (Carli L.G., 1989). Общаясь между собой, мужчины и женщины демонстрируют в большей степени мужское, чем женское поведение: больше говорят по делу, чаще не соглашаются друг с другом. Различия в стереотипном поведении больше при общении с коммуникантом своего пола. Мужчины выражают больше несогласия при общении с мужчинами. Женщины общаются с женщинами в более драматическом ключе, чем с мужчинами. Коммуниканты обоего пола более убедительны в общении с женщинами, чем с мужчинами.

Раздел 7

ЛИЧНОСТЬ И БОЛЕЗНЬ

Глава 28

ПСИХОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Всякая болезнь оказывает влияние на человека в целом, его личность. Каждый по своему опыту знает, что даже банальное простудное заболевание или удаление зуба могут серьезно влиять на нас — вызывают опасения и тревогу, приводят к плохому настроению, заставляют уделять себе больше внимания. Часто эти реакции обобщают терминами *переживание и поведение человека во время болезни*.

Переживания и поведение больного могут носить самый различный характер. Неадекватность переживаний и поведения пациента могут существенно затруднять диагностику болезни и сам лечебный процесс. Именно поэтому так важно узнать и понять, что происходит в душе страдающего человека, т.к. это может способствовать организации соответствующих реабилитационных мероприятий, лучшему приспособлению больного к новой ситуации болезни, успешному лечению и выздоровлению.

При рассмотрении влияния личности на болезнь могут быть выделены две основные патогенетические цепи причинно-следственных связей (Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 1988). Одна из них отражает влияние тех личностных особенностей, которые через особенности поведения (например, курение) формируют условия внешней жизнедеятельности. Эти условия, в свою очередь, самыми разнообразными путями сказываются на соматическом, биологическом благополучии организма и в конечном итоге на возникновении и течении заболевания.

Вторая линия влияния личности на болезнь отражает роль личностных особенностей человека (например, у тревожного пессимиста) в спектре доминирующих у него во времени эмоций, изменяющих физиологический гомеостаз организма, на фоне которого и разворачиваются механизмы заболевания. Определенные доминирующие эмоциональные психофизиологические состояния повышают степень риска возникновения заболевания или ухудшают его течение.

Если ориентироваться на роль личностно-психологических факторов в причинах и механизмах развития болезни (этиопатогенез), то в огромном разнообразии заболеваний человека можно выделить *три основные* и относительно самостоятельные группы: психогенные, психосоматические и соматические заболевания.

1. *Психогенные заболевания* (неврозы и реактивные психозы) — причины и механизмы развития болезни носят преимущественно личностно-психологический характер, а со стороны внутренних органов наблюдаются только функциональные изменения за счет нарушений их нервно-вегетативной регуляции.

2. *Психосоматические заболевания* (гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, бронхиальная астма и др.) — на начальных этапах болезни этиопатогенез в общих чертах сходен с предыдущей группой, или, по крайней мере, роль личностно-психологических факторов в возникновении заболевания велика. Однако на более поздних этапах функциональные сдвиги со стороны внутренних органов переходят в органические, т.е. болезнь приобретает все черты соматического заболевания с деструкцией органов.

3. *Соматические заболевания* (травмы, инфекции, интоксикации, нарушения обмена веществ и др.) — роль психологических факторов в этиопатогенезе этой группы заболеваний отсутствует или минимальна. Однако и здесь сам факт заболевания выступает для больного в качестве своеобразной психической травмы, что приводит к многочисленным вариантам психологической личностной реакции на болезнь.

Эта личностная реакция на болезнь лежит в основе т.н. *"внутренней картины болезни"*, т.е. совокупности представлений, чувствований и соответствующих поведенческих реакций больного в период болезни. Внутренняя картина болезни оказывает существенное влияние на самочувствие больного и течение болезни, его взаимоотношения с врачом и родственниками, на сам лечебно-диагностический процесс. Впрочем, формирование внутренней картины болезни типично не только при соматических болезнях, она характерна для любого заболевания человека.

УЧЕНИЕ О ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ

Термин "психогенные заболевания" (психогении)

был впервые предложен в 1894 году немецким психиатром и психологом Куртом Зоммером (1865-1947) при описании психической эпидемии судо-

рог, возникшей среди школьников. Позднее психогениями (от греч. *psyche*—душа и *gemaio* —• порождать) стали обозначать все те психические расстройства, которые возникали под влиянием психической травмы. Психическая травма — это жизненное событие или ситуация, затрагивающие значимые стороны существования человека и приводящие к глубоким психологическим переживаниям.

Под влиянием психической травматизации у человека могут возникать нервно-психические расстройства *непсихотического* (неврозы) и *психотического* (реактивные психозы) типов.

Непсихотические психогенные расстройства часто относят к клиническим формам т.н. *малой психиатрии*. Все болезненные нервно-психические нарушения здесь часто объединяют общим термином — "*пограничные состояния*". Этим названием подчеркивают, что они стоят на границе между нормой и патологией, между психическими и соматическими болезнями, между психотическими и непсихотическими формами психических болезней. В широком плане это все проблемы переживаний человека в связи с интимно-личностными, межличностными и социальными конфликтами и различные психогенные психические и психосоматические реакции, как в рамках нормы, так и патологии. Все они, по сути, выражения чисто человеческих проблем, проявления человеческой сущности в трудной жизненной ситуации.

На первом этапе учения о психогениях ведущая роль в возникновении заболевания у человека отводилась психической травме. По мнению немецкого психиатра Карла Ясперса (1883-1969), создателя экзистенциально-феноменологического направления в психиатрии, патологические реакции психики в ответ на психическую травму характеризуются единством причины и клинической динамики болезни. Это значит, что чисто психологическая травма вызывает и целиком психологическую реакцию и обе они оказываются объединены психологически понятной связью. Эти диагностические принципы сформулированы К. Jaspers (1923) в виде следующих трех основных положений ("реактивная триада"):

- 1) реактивное состояние возникает вслед за психической травмой;
- 2) содержание психической травмы находит отражение в симптоматике болезни, и между ними существуют психологически понятные связи;
- 3) при устранении психической травматизации наступает улучшение и выздоровление больного.

Позднее было обнаружено, что второй и третий критерии из "реактивной триады" Ясперса не всегда находят свое подтверждение в клинической практике, особенно при затяжных неврозах и патологи-

ческих (психогенных и невротических) развитиях личности. При затяжных неврозах часто бывает трудно доказать, что содержание клинической картины прямо вытекает из характера психической травмы, а при патологических развитиях личности пусковая психическая травма со временем теряет актуальность, тогда как болезнь все равно продолжает развиваться. Более того, не всегда приемлемым бывает и первый критерий знаменитой триады, т.к. нередко бывает и так, что реактивное состояние возникает не непосредственно вслед за психической травмой, а может быть отставленным. И тем не менее, сформулированные К. Ясперсом критерии реактивных состояний являются хорошим ориентиром в обосновании и постановке диагноза реактивных невротических состояний и психозов, почему и получили широкое распространение.

Второй этап учения о психогениях связан с именем немецкого психиатра и психолога Эрнеста Кречмера (1888-1964), который отметил, что психогенное заболевание возникает в ответ не на любую психическую травму, как полагал Ясперс, а только на ту, которая затрагивает особо *значимые стороны отношений* больного, зависящие от особенностей его характера. Психическая травма должна "подходить" к характеру как "ключ к замку", и только тогда "состоится" триада Ясперса. Таким образом, на втором этапе изучения психогенных заболеваний значение психотравмы и конституционно-личностных особенностей в этиопатогенезе заболевания стало уравниваться. Одинаково важно наличие психической травмы и предрасположенности к ней человека.

В процессе изучения преморбидных особенностей личности в патогенезе психогений было положено начало исследованиям реагирующей почвы в более широком плане. При этом выяснилась роль не только конституционных личностно-характерологических особенностей, но и роль комплекса экзогенных, и прежде всего соматогенных и социальных факторов в течении реактивных состояний (Осипов В.П., 1941; Жисли-нС.Г., 1940, 1950; Бунеев А.Н., 1944, 1946; Гиляровский В.А., 1944, 1946). Представление о реактивном состоянии как болезненном состоянии, при котором этиологический фактор — психическая травма — опосредуется функционально-динамическими церебральными механизмами, определило последующее развитие этой проблемы (Фелинская Н.И., 1968; Морозов Г.В., 1971).

На третьем этапе изучения психогений появляются доказательства, что психическая травма не играет главной роли в возникновении заболевания, а определяющее значение имеет *отношение личности к психотравмирующей ситуации* как патогенной (Мясищев В.Н., 1960) и особенности функционирования механиз-

мов личностной психологической защиты, позволяющие это отношение менять.

Действительно, обнаружено, что во многих странах в послевоенные годы, т.е. когда нет никаких массовых бедствий, резко возрастает среди населения число непсихотических форм психических нарушений — невротических реакций, неврозов, а также самоубийств. Чрезвычайно часто обнаруживают случаи, когда человек совершал суицид без каких-либо видимых предшествующих психотравм. Объяснение этим явлениям стали искать в срыве личностных форм защиты. Поиски ответа на вопрос о том, как происходит нейтрализация переживаний при эмоционально-личностных воздействиях, привели к формированию понятий *"фрустрация"* и *"механизмы психологической защиты личности"*. Устойчивость к патогенному влиянию жизненных ситуаций, способность к нейтрализации неблагоприятных социально-эмоциональных факторов личностного бытия даются человеку в процессе его индивидуального развития.

Отсюда психогении уже можно рассматривать как опосредованное всей личностью (на сознательном и бессознательном уровнях) формирование переживания при развитии патологических форм психологической защиты или их срыве. В.Н. Мясищев полагает, что ситуация патогенна только тогда, когда она не может быть рационально переделана (например, при неврастении имеется своеобразная блокада механизма рационализации), преодолена (например, при истерическом неврозе отмечаются низкие возможности трансформации установочного механизма, блокада сублимации) или невозможен отказ от неосуществимых влечений (как, например, при неврозе навязчивых состояний).

ФРУСТРАЦИЯ

Фрустрацией (от лат. *frustratio* — обман, разрушение планов) называют критическую ситуацию и состояние человека при невозможности реализации им тех или иных потребностей, т.е. когда имеются объективные или субъективные трудности на пути к достижению цели или решению задачи.

Фрустрация внешне выражается различными формами отрицательных эмоций; иначе, фрустрация — это переживание неудачи. В простейшем случае фрустрация возникает, когда отсутствует объект потребности (первичная фрустрация) или, что более характерно, внешние обстоятельства препятствуют осуществлению желаемого. Однако гораздо чаще фрустрация возникает не в силу внешних пре-

пятствий, а как следствие противоречия личных желаний человека и ограничений, налагаемых обществом. Необходимость баланса между потребностями индивида и нуждами социальной группы формируется в процессе воспитания. По мере взросления человека социальные стандарты и запреты интериоризируются и это противоречие (конфликт) по своей сути становится внутренним (интрапсихическим, или внутриличностным).

Среди множества потребностей человека выделяются базовые потребности (безопасности, любви, уважении и др.), фрустрация которых более патогенна. Соответственно имеется и классификация барьеров, с помощью которых может быть блокирована та или иная потребность. В частности, выделяют барьеры физического порядка (например, стены тюрьмы), биологические (болезнь, старение), психологические (страх, интеллектуальная недостаточность и др.) и социо-культуральные (законы, правила, запреты и др.) барьеры. Разновидностью социокультуральных барьеров являются морально-этические и идеологические барьеры, их осознает сам человек. Таким образом, препятствия на пути к достижению цели могут быть внешними (объективными) и внутренними (субъективными).

Конструктивные эффекты фрустрации. Фрустрация обычно приводит к напряжению и интенсификации усилий человека на преодоление препятствия и достижение цели деятельности. Вызванное фрустрацией или конфликтом напряжение способствует концентрации внимания человека на конкретном мотиве, действующем в данный момент. При этом все несущественное отходит на второй план, а в результате усиливается привлекательность еще не достигнутой цели и происходит большая *мобилизация сил* для ее достижения. В тех случаях, когда препятствия слишком велики и интенсификация усилий к успеху не приводит, усилившееся напряжение может помочь человеку обрести новый взгляд на ситуацию в целом (*переоценка ситуации*), пересмотреть свои предыдущие действия и увидеть новые и ранее не замечаемые обходные пути ее достижения (*замена средств достижения цели*) или может обнаружиться альтернативная цель, вполне удовлетворяющая потребность или желание (*замена цели*).

При конструктивной фрустрации не только восстанавливается временно утраченное психологическое равновесие, но и *идет развитие личности*. Человек обучается ставить реальные цели, учится умению манипулировать "точкой цели", отказываясь от неосуществимого.

Деструктивные эффекты фрустрации. Увеличение напряжения и эмоциональное возбуждение при фрустрации может оказать-

ся так велико, что они превысят уровень, необходимый для конструктивных действий: человек волнуется, впадает в панику, теряет контроль над ситуацией. У него может нарушаться тонкая координация движений и возникает когнитивная ограниченность — становятся невозможными рациональные процессы размышления и адекватности принятия решений.

Толерантность к фрустрации. Существует определенная пороговая величина уровня напряжения, превышение которой приводит к деструктивным эффектам фрустрации. Эту величину часто определяют как устойчивость, или толерантность к фрустрации. Таким образом, под *фрустрационной толерантностью* понимается *способность человека противостоять разного рода жизненным трудностям без утраты психологического равновесия*.

Толерантность к фрустрации является переменной величиной и зависит от величины напряжения, типа ситуации, особенностей личности. Один и тот же человек в различных обстоятельствах оказывается способным выдержать разную степень напряжения. Высокий уровень развития личности предполагает сознательный отказ от фрустрирующих целей и выдвижение новых, более приемлемых и достижимых.

Многие авторы используют понятие фрустрации и психологического стресса как синонимы. Первоначальное понимание стресса было связано с воздействием на организм экстремальных факторов. Человек реагирует на них увеличением психического напряжения в форме психобиологической защиты. Различают три уровня такой защиты:

1-й уровень — клеточно-иммунологический, защита от различных физических воздействий;

2-й уровень — автономный, уровень "немедленной необходимости" с реакциями типа стресса физиологического (комплекс стереотипных вегетативных и биохимических сдвигов) и стресса психологического (психологические состояния типа страха, страдания, ярости);

3-й уровень — кортикальный, защита личности от психологической угрозы, защита "Я".

Последний уровень и относится к собственно фрустрации, но в широком плане фрустрация проникает во все три уровня психобиологической защиты (например, страдание относится ко всем уровням, страх — к 2-му и 3-му уровням, а тревога — достояние только 3-го уровня).

Агрессия. Естественным путем разрешения фрустрации считается агрессивное поведение, т.к. в своей простейшей форме агрессия может рассматриваться как прямая атака на препятствие или барьер, и в этом смысле она является проявлением *адаптивного поведения*.

Однако агрессия может быть и вредна: препятствие иногда требует более тонких методов преодоления, чем атака в лоб, вызванная

гневом. Агрессия может генерализоваться и обращаться на многие объекты, в том числе и те, которые никакого отношения к фрустрации не имеют. Кроме того, могут существовать причины, которые препятствуют прямому направлению агрессии непосредственно на источник фрустрации. В этих случаях агрессия находит выход в замещении истинного объекта фрустрации другим ("козлы отпущения"). Отсюда наиболее часто агрессию подразделяют по направленности на внешние объекты — *экстрапунитивный* тип, и на самого себя, самообвинение — *интрапунитивный* тип. Исследователи подчеркивают, что для нормального развития человека нужно формировать навык преодоления фрустрации. Для ребенка, например, более оптимален и является естественным экстрапунитивный тип реакции. Однако важно строгое запрещение проявления агрессии к конкретному лицу и лучше, если ребенок проявит свой гнев на не одушевленный предмет — игрушку и пр.

Кроме агрессии при фрустрации также можно наблюдать другие реакции — типа "бегства от ситуации", возникновения ко всему апатии и безразличия, двигательного возбуждения со стереотипиями и даже поведения типа регресса на более детские формы реагирования. Все эти типы поведения являются негативными, поскольку они не направлены на цель деятельности, не обеспечивают возможности ее достижения.

Таким образом, мы наблюдаем многообразие реакций на фрустрацию. Большинство из них связаны с продолжением потребности тем или иным способом. Если поведение направлено на продолжение потребности вопреки препятствиям, то такое поведение адаптивно. Неадаптивное поведение не ведет к достижению цели. Неадаптивными считаются и случаи, когда у человека преобладает тип реакций, направленных на защиту "Я". Все они проявляются в виде попыток уклониться от упреков (импунитивный тип реакций), внешнего обвинения (экстрапунитивные реакции) или в виде раскаяния, самообвинения и угрызений совести (интрапунитивные реакции). Фрустрационная толерантность формируется в процессе воспитания и в какой-то мере определяет и поведение человека в трудных ситуациях.

МОТИВАЦИОННЫЕ КОНФЛИКТЫ

Реакцией организма на мотивационное возбуждение обычно являются действия, направленные на ослабление или устранение возбуждения. Специфические способы действия очень широко варьируют в зависимости от конкретного мотива, конкретного индивида и

конкретной ситуации. Несмотря на это разнообразие, можно объединить все такие целенаправленные действия в две общие категории: поведение, направленное на сближение и на избегание.

Не всякое сближение и избегание обязательно требуют физических действий. Мы можем чувствовать себя мысленно привлеченным к объекту наших желаний и отталкивать от себя мысли о предметах болезненных или неприятных. Однако на практике ситуации, когда перед нами стоит простая проблема реагировать на однозначно положительный или однозначно отрицательный мотив, являются весьма редкими. Обычно в каждый данный момент в нас действуют разные два или более мотива. Иногда эти множественные мотивы совмещаемы, и тогда они могут усиливать друг друга. Однако чаще множественные мотивы в какой-то степени вступают друг с другом в противоречие.

Возможно, простейший случай кратковременного мотивационного конфликта состоит в конфронтации единственного мотива сближения и единственного мотива избегания. Эта ситуация легко моделируется экспериментально на животных. Например, на пути к лакомству помещается электрический контакт, и животное получает болезненный удар током при прикосновении к нему. Для исследования человеческого поведения в ситуации сближения—избегания часто нет необходимости воздвигать искусственный барьер, поскольку множество вещей, которые мы хотели бы получить или сделать, окружены социальными табу, которые мы приучены не нарушать. Эти социальные запреты и выполняют роль барьера.

Не все мотивационные конфликты носят характер сближения — избегания. Противоречие может существовать между альтернативными целями, или это может быть выбор между различными путями достижения цели, или избегания нежелательной ситуации. Конфликтные ситуации, согласно К. Левину (1935), следуют трем основным схемам: сближение—сближение, избегание—избегание, сближение—избегание.

Сближение—сближение (желаемое—желаемое, аппетенция — аппетенция) — это конфликт между двумя равно положительными целями, т.е. проблема выбора между двумя желанными целями. Решение обычно достигается быстро и безболезненно. Тем не менее, выбор одной из целей означает потерю другой, и эта неизбежность делает конфликт иногда весьма чувствительным (фрустрирующим) для человека. Обычно равноценность объектов весьма затрудняет их выбор, но это равновесие неустойчиво, и по мере приближения к одному из объектов его привлекательность увеличивается, а привлекательность другого снижается.

Избегание—избегание (нежелаемое—нежелаемое, аверсия — аверсия) — представляет собой конфликт выбора из двух нежелательных решений. Это случай "выбора меньшего из двух зол", и в этой ситуации человек сколько возможно оттягивает свое решение. Как только он делает шаг в сторону от одной из неприятных альтернатив, ее отталкивающая сила уменьшается. Однако этот же шаг приближает его к другой неприятности, ее отталкивающая сила увеличивается, и человек часто возвращается на исходную позицию. Обычно дело решается вмешательством третьей силы, которая подтолкнет к выбору уже окончательного решения.

Сближение—избегание (желаемое—нежелаемое, аппетенция—аверсия)—конфликт, когда одна и та же цель для человека обладает как выраженными положительными, так и выраженными отрицательными свойствами. Этот тип конфликта вызывает наибольшие переживания, т.к. на человека действуют силы притяжения и отталкивания в одном и том же направлении. Примерами такого рода конфликтов являются съеденное ребенком без разрешения вкусное варенье и наказание, хорошая выпивка и похмелье, запретное удовольствие и потеря самоуважения.

Все рассмотренные выше варианты кратковременных конфликтов достаточно упрощены. В жизни, например, может наблюдаться ситуация, при которой одна из возможных линий поведения представляет собой нежелательный путь к желаемому результату, а другая — желаемый путь к нежелательному результату. В этом случае обе линии поведения могут в равной степени привлекать (как в конфликте сближение—сближение), либо в равной мере отвергаться (как при конфликте избегание—избегание). Такая ситуация иногда обозначается термином "*двойной конфликт*". В реальных ситуациях бывает и так, что выбор одной из целей означает не полный отказ от другой, а лишь отсрочку ее достижения. Сущность любого конфликта заключается просто в том, что человек не может идти в двух разных направлениях одновременно.

Воздействие фрустрирующей ситуации будет наиболее неблагоприятным в том случае, если препятствие будет носить не пассивный характер (отсутствие необходимых средств для достижения цели), а активный характер, связанный с одновременным существованием разнонаправленных, но сравнимых по силе потребностей. Именно такой тип фрустрации и представляет собой *интрапсихический конфликт*, который В.Н. Мясищев (1960) определяет как *несовместимость, столкновение противоречивых отношений личности*.

Возможность нарушения психической адаптации в результате интрапсихического конфликта тем больше, чем больше *значимость* для индивидуума конкурирующих потребностей.

МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ

Рассмотренные варианты конфликтов хотя и не отражают всей полноты динамики мотивационных процессов, но само существование конфликта, длительная невозможность его разрешения вызывает у человека чувство тревоги, которое может иногда стать доминирующим. В свою очередь тревога ведет к попыткам личности избежать или хотя бы ослабить неприятные воздействия формированием так называемых защитных механизмов. Таким образом, защитные механизмы личности являются реакцией на тревогу, а не на изначальную фрустрацию как таковую.

Источники конфликтов, которые могут индуцировать тревогу, рассматриваются по-разному различными теориями личности: противодействующие силы Id, Ego и Superego (Фрейд З.); комплекс неполноценности, противостоящий стремлению к совершенству (Адлер А.); несовместимые невротические потребности, одновременно побуждающие индивида стремиться к другим людям и проявлять агрессивность по отношению к ним с желанием быть от них независимым (Хорни К.); конфликтующие требования сложных межличностных связей (Салливан Г.); психосоциальные кризисы, возникающие в процессе формирования идентификации личности (Эриксон Э.) и т.д.

Несмотря на все различия в предполагаемых источниках тревоги, авторы большинства теорий личности согласны в одном — существует множество защитных механизмов, которые до известной степени обеспечивают индивиду избавление от тревоги, правда, все это происходит за счет определенного отказа от реалий действительности или ее искажения. Многие из механизмов личностной психологической защиты были описаны ранее и хорошо известны вследствие широкого распространения психоаналитической терминологии в повседневной жизни. Примерами защитных механизмов, существующих неосознанно, поскольку иначе они потеряли бы свою защитную функцию, являются вытеснение, изоляция, рационализация, проекция и другие.

Весьма загадочными являются механизмы *психологической защиты на уровне перцепции*. При изучении индивидуального стиля личности, т.е. системы познавательных процессов, потребностей и способов

адаптации, было установлено, что при восприятии человеком аффекто-генных, значимых ситуаций наблюдаются три закономерности:

1) те сигналы, которые адекватны ожиданиям личности, узнаются человеком лучше прочих (Принцип релятивности: "вижу то, что хочу");

2) те сигналы, которые не отвечают ожиданиям, субъективно узнаются хуже и подвергаются наибольшему искажению (Принцип защиты: "не вижу то, что не хочу");

3) те сигналы, которые содержат потенциальную угрозу и являются для личности разрушающими, узнаются быстрее всех прочих (Принцип сенсильности).

Таким образом, здесь мы сталкиваемся с парадоксом: органы чувств не воспринимают и не сообщают мозгу именно то, что представляет, например, угрозу для личности. Однако для оценки этой угрозы ее нужно воспринять и обработать. В настоящее время имеются только гипотезы, объясняющие эти механизмы. Так, по мнению З. Фрейда, на уровне сознания действует некая цензура, способная повышать порог восприятия эмоциогенных сигналов. Возможно, что эта цензура осуществляется в правом полушарии, которое эмоционально более глобально реагирует, проникает в смысл раздражителя быстрее, чем рациональное левое полушарие, и не позволяет последнему продолжать декодировать слова. На уровне же рецепторов информация сохраняется недолго (1/4 сек.), пока не будет решено на высшем когнитивном уровне (где может действовать цензура), переводить их из сенсорной в кратковременную память или нет.

Защитные механизмы в теориях личности не только отражают определенные свойства индивида, но и определяют развитие личности. Если защитные механизмы почему-либо не выполняют свои функции, то это может способствовать возникновению психических нарушений. Более того, характер возникшего нарушения часто определяет и особенности самих защитных механизмов индивида. Защитные механизмы служат защите "Я" и самоутверждения, они не осознаются человеком и не выбираются им. Защитные механизмы могут рассматриваться как адаптивный механизм, поскольку они защищают личность от тревоги и неприятных переживаний, но одновременно они играют и дезадаптивную роль, так как по своей природе они искажают правильное восприятие объективной реальности.

Психогенные нервно-психические заболевания

Психические расстройства, входящие в эту группу, объединяются общим признаком — психогенностью, т.е. главной причиной заболевания считается психический фактор или, как чаще выражают-

ся, психическая травма. Обычно психогенные заболевания подразделяют на две группы: неврозы и реактивные психозы. Такое подразделение поддерживается, главным образом, соображениями практического удобства, т.к. при всей относительности и теоретической невыдержанности этого разграничения оно все же дает общую оценку тяжести имеющихся нарушений, а этим определяется характер практических мероприятий.

Психические травмы различаются с учетом количественных критериев (сила воздействия, его длительность и т.п.), а также имеет значение содержание психической травмы. Исходя из этого, можно выделить следующие разновидности психотравмирующих факторов:

- 1) шоковые, сверхсильные и внезапные психические травмы;
- 1) психотравмирующие ситуации относительно кратковременного действия;
- 2) хронически действующие психотравмирующие ситуации;
- 2) факторы эмоциональной депривации (лишения любви и внимания).

Учение о психогениях, описывая схему психологических реакций человека на различные события его жизненного пути, требует при этом обязательного учета личностных свойств, четкого анализа всех жизненных обстоятельств и особенностей функционирования психологических защитных механизмов личности.

Реактивные психозы — развиваются чаще всего после шоковых, сверхсильных психических травм. Последние отличаются большой силой и внезапностью действия (обстановка стихийных бедствий, внезапные нападения с угрозой для жизни и т.п.). Ввиду непосредственного воздействия на инстинктивную и низшую аффективную сферы человека сами эти воздействия не осознаются им в полной мере, а в силу быстроты действия не вызывают сознательной интрапсихической переработки их содержания и значения. Поэтому такие психические травмы обычно приводят к реактивным психозам типа *аффективно-шоковых реакций* (с психомоторным возбуждением или обездвиженностью), а также иным реактивным психозам с более сложными психопатологическими картинами — истерическим, бредовым и депрессивным психозами.

Основным клиническим критерием реактивного психоза является отсутствие достаточной интрапсихической переработки ситуации, что сопровождается отсутствием переживания психопатологических расстройств как личностно чуждых и болезненных, для клиники болезни характерна "реактивная триада" симптомов К. Ясперса.

В отличие от реактивных психозов, при неврозах имеется личностная переработка психотравмы, она болезненно переживается и проявляется комплексом преимущественно эмоционально-поведенческих и соматовегетативных расстройств. При неврозах происходит "срыв" личности в ее отношениях с окружающими и человек обычно стремится к преодолению и компенсации возникающих расстройств.

Неврозы — психические травмы, лежащие в их основе, обычно не отличаются такой остротой и интенсивностью, как при реактивных психозах. Однако явно прослеживается их зависимость по степени патогенности от сложившихся в течение жизни *особенностей личности*, создающих различную степень свободы реагирования человека на возникшую ситуацию. При этом важнейшим элементом неадекватного личностного реагирования (с комплексом расстройств невротического уровня) на патогенные события являются особенности функционирования системы "психологической защиты".

Невроз можно определить как психогенное, функциональное, личностное расстройство, которое проявляется преимущественно эмоциональными нарушениями, нарушениями поведения и нарушениями нейровегетативной регуляции внутренних органов.

В учении И.П. Павлова сущность невроза сводится к хроническому отклонению высшей нервной деятельности от нормы, которое произошло вследствие перенапряжения нервных процессов и изменения их подвижности. По мнению И.П. Павлова и его учеников, неврозы зависят от исходного типа нервной системы: при преобладании первой сигнальной системы (у людей "художественного" типа) невроз протекает по истерическому типу; у лиц с преобладанием второй сигнальной системы (у "мыслителей") возникают явления психастении. У людей же с уравновешенными первой и второй сигнальными системами ("средний" тип) обычно отмечаются явления неврастении.

Первое определение понятия "невроз" принадлежит шотландцу Gullen (1776). Согласно его определению, неврозы суть "расстройства ощущений и движений, которые не сопровождаются лихорадкой и не зависят от местного поражения какого-либо органа, а обусловлены общим страданием, от которого специально зависят движения и мысль". Данное определение носит крайне общий характер, что вызывало к жизни ряд других, пытавшихся его конкретизировать. Во второй половине XIX столетия наметились два основных для того времени направления в учении о происхождении неврозов— анатомическое и психологическое.

Следует отметить, что поиски патологоанатомического субстрата неврозов до настоящего времени существенных результатов не принесли, хотя сторонники анатомического направления и сейчас полагают, что достижения в области молекулярной биологии и генетики позволяют уверенно отрицать существование функциональных болезней и нахо-

доть морфологические субстраты, адекватные любому нарушению функций.

Сторонники психологического направления в учении о происхождении неврозов наиболее многочисленны. Уже во второй половине 19 века основой для возникновения у человека неврозов, в частности истерии, считали его повышенную внушаемость и самовнушаемость. Поэтому главным методом лечения невротических состояний предлагался гипноз (Charcot).

По мнению З. Фрейда, возглавившего психоаналитическую школу, неврозы объясняются действием "ущемленных" аффектов, вытесненных в бессознательное различных влечений, в первую очередь сексуальных. З. Фрейд делил все психогенные расстройства, имеющие соматические корреляты, на две основные группы: *конверсионные неврозы* (истерия, или современные диссоциативные расстройства) и *актуальные неврозы*. Последние включали *невроз страха* (современные тревожные расстройства), *ипохондрию* (современные *соматоформные расстройства*) и *неврастению*. С позиций различных психологических направлений, связанных с фрейдизмом, сущность конфликта при неврозах — противоречие между инстинктами в сфере бессознательного и социальными нормами.

Как бы ни были различны взгляды на сущность неврозов у представителей психологического направления, ими всеми признается, что в этиопатогенезе неврозов ведущими являются психологические факторы.

Психическая травма при неврозах обычно порождает неопределенность ситуации для больного на будущее. А.М. Свядощ (1982) отмечает, что даже если заболевание является реакцией на только что происшедшее событие, например потерю близкого человека, то оплакивается порой не столько судьба погибшего, сколько участь самого оставшегося. Сама психотравмирующая ситуация при неврозах оказывает патогенное влияние лишь при наличии определенных особенностей личности, придающих *значимость и гиперактуализацию неблагоприятному воздействию*. В известной мере можно говорить, что сами психотравмирующие факторы нередко формируются характерными особенностями личности самого больного. У многих заболевших неврозами имели место в прошлом, в период становления их личности, "детские психотравмы" — неполная семья, конфликтные отношения в семье, аморальное поведение родителей, наблюдение драматических событий и т.п. Многие больные неврозами имеют отклонения в характере типа усиления отдельных его черт (акцентуация). Соматическое неблагополучие, органическая неполноценность центральной нервной системы, хроническое переутомление также облегчают возникновение невротического состояния.

На фоне взаимодействия психической травмы и особенностей структуры личности формируется ключевое звено патогенеза неврозов — **интрапсихический невротический конфликт**. Невротический конфликт по своей сути конфликт психологический, мотива-ционный, однако он имеет значительную устойчивость и силу, приводящую в конечном итоге к продуцированию болезненных симптомов — невроза.

В большинстве случаев речь идет о конфликтах между потребностью в самоуважении и соответствии сложившихся представлений о себе, с одной стороны, а с другой — мотивами, которые противоречат этому представлению о себе и поэтому неприемлемы для субъекта. Потребность в самоуважении, самооценка формируется наиболее поздно в сравнении с другими свойствами личности. Она завершает становление структуры характера и обеспечивает целостность личности. Потребность в самоуважении тесно связана с потребностью в хорошей оценке со стороны других людей, мнение которых значимо для человека (референтные лица; в детстве это родители). Потребность самоуважения формируется в процессе социального общения и в значительной мере определяет основные тенденции осознанного человеком поведения. Выраженность и особенности невротического конфликта зависят прежде всего от противоречивого отношения личности к сложной психотравмирующей ситуации, препятствующей рациональному разрешению конфликта.

В.Н. Мясищев (1960) обсуждает три нижеследующих типа конфликтов.

1. Неврастенический тип невротического конфликта опре

деляется прежде всего как противоречие между возможностями личности и ее стремлениями, завышенными требованиями к себе или несоответствие между задачами личности и возможностями их осуществления (характерен для неврастении: "я хочу, но у меня не хватает сил").

Особенностям конфликта этого типа способствует определенное воспитание, когда стимулируется нездоровое стремление к личному успеху без реального учета физических и психических возможностей и ресурсов. Субъективное стремление к работе ради достижения личного успеха и престижа облегченно приводит к состояниям утомления и переутомления у таких лиц. В определенной степени возникновению данного типа конфликта способствуют и высокие требования к человеку, предъявляемые все возрастающим темпом современной жизни.

2. Истерический тип невротического конфликта — характе

ризуется чрезмерно завышенными претензиями личности, которые

сочетаются с недооценкой или полным игнорированием объективных реальных условий или требований окружающих (характерен для истерического невроза: "я хочу, хотя и не имею права"). В генезе этого типа конфликта также существенную роль играют особенности воспитания, когда стимулируется стремление ребенка быть в центре внимания окружающих (воспитание по типу "кумира семьи"). Таких лиц отличает превышение требовательности к окружающим над требовательностью к себе, у них несколько ниже способности тормозить свои желания, противоречащие общественным требованиям и нормам.

3. **Обсессивно-психастенический тип невротического конфликта** характеризуется противоречивыми внутренними тенденциями и потребностями, борьбой между желанием и долгом, моральными принципами и личными привязанностями (характерен для невроза навязчивых состояний: "я хочу, но не могу решиться"). При этом, даже если одна из тенденций получает перевес, но получает противодействие другой, все равно создаются облегченные возможности для резкого усиления нервно-психического напряжения и возникновения невроза. Особое значение для формирования этого типа конфликта имеют усиленные личностные черты по типу неуверенности и нерешительности, которые формируются с детства в условиях воспитания, когда имеет место предъявление противоречивых требований к личности.

Формирование, а в дальнейшем и разрешение, интрапсихического конфликта связано с состоянием защитных механизмов личности. Этот важный вопрос долго обходился отечественными исследователями, что было связано со слабой разработкой проблемы бессознательного. В последнее время наметился серьезный поворот в этом отношении, чему способствовали работы Ф.В. Бассина (1968), В.Е. Рожнова (1979) в связи с разработками теории системы установок грузинского психолога Д.Н. Узнадзе (1966). Существующие вне сферы сознания установки играют важную роль в выборе того или иного поведения. Наличие подвижных, т.е. быстро приспосабливаемых к меняющимся условиям среды установок, является фактором, противодействующим возникновению невроза или способствующим успешному разрешению конфликта. Противоположное влияние оказывают ригидные установки.

В последние годы получены данные, что во время сна происходит переработка поступившей в мозг в период бодрствования информации и ее адаптация к внутренним потребностям личности. Разрабатывается также вопрос об особой роли сновидений в процессе психологической защиты.

Однако ограничивать психологическую защиту процессами, имеющими место лишь в сфере бессознательного, было бы недостаточным. Большое чувство, дружба, принципиальность, патриотизм и, наконец, широкий круг интересов личности способствуют противоборству воздействиям неблагоприятных факторов. Процессы "со-владания", психологического преодоления вредного воздействия стресса (**копинг-механизмы**), такие как рациональный отказ от недостижимых целей, выбор других целей, уход в активную деятельность, в работу и другие, направлены на **активное сознательное изменение ситуации** и удовлетворение значимых потребностей. Лишь в период манифестации невроза они начинают уступать место таким первичным компенсаторно-защитным механизмам, как гиперкомпенсация с целью повышения самооценки, обесценивание с последующим "вытеснением" из сознания болезненных переживаний и другие. В дальнейшем течении невроза появляются вторичные защитные механизмы (рационализация с целью оправдания болезнью своей несостоятельности, уход в болезнь, освобождающий от ответственности за решение трудных ситуаций), закрепляющие невротическое поведение (Карвасарский Б.Д., 1990).

Процессы компенсации и психологической защиты направлены на смягчение психического дискомфорта, связанного с интрапсихическим конфликтом. Таким образом, **невроз — это следствие неразрешимого внутриличностного мотивационного конфликта при недостаточной эффективности механизмов психологической защиты.**

Обсуждая психологические аспекты этиопатогенеза неврозов, следует отметить некоторые особенности их клинических проявлений. Большинство отечественных авторов выделяют три формы неврозов: неврастению, истерический невроз и невроз навязчивых состояний. В международной классификации болезней (МКБ-9) содержалось более 8 форм неврозов (невроз страха, истероневроз, фобии невротические, обсессивно-компульсивный невроз, неврастения, депрессивный невроз, деперсонализационный невроз, а также "другие" и "неуточненные" неврозы). Б.Д. Карвасарский и Ю.А. Тупицин (1980) подвергают этот вопрос детальному обсуждению. По их мнению, следует сохранить три основные формы невроза, но при этом выделить ряд невротических синдромов (астенический, обсессивный, фобический, ипохондрический, синдром невротической депрессии и др.), т.к. сама международная классификация неврозов построена не по нозологическому, а по синдро-мологическому принципу.

В МКБ-10 уже не используется традиционная дифференциация между неврозами и психозами — все расстройства сгруппированы по принципу основных общих характеристик и описательной схожести. Однако термин "невротические расстройства" сохранен в разделе "Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства" (раздел F40-F48). Все они объединены в одну группу в силу исторической связи этих нарушений с концепцией невроза и связи (хотя точно и не установленной) основной части этих расстройств с психологическими причинами. Также как и в МКБ-9, новая международная классификация невротических нарушений построена по синд-ромологическому принципу.

Неврастения (нервная слабость, астенический невроз)

Заболевание впервые было описано в США G.M. Beard в 1869 году. Он считал основной причиной болезни длительное эмоциональное напряжение, приводящее к истощению нервной системы. Частыми психо-травмирующими факторами являются конфликты на работе, семейные неприятности, неустроенность личной жизни. У больных неврастенией чаще выявляются механизмы психологической защиты по типу "отрицания", "рационализации", "вытеснения". Стремление уйти от психотравмирующих переживаний у этих больных создает тенденцию "бегства в работу", что сопровождается переутомлением, которое больные обычно расценивают как причину болезни.

Неврастения характеризуется симптомами слабости психических процессов, которая выражается повышенной раздражительностью и быстрой утомляемостью. Больные часто жалуются на головные боли, общую слабость, снижение работоспособности, нарушения сна, а также различные неприятные ощущения в области сердца, желудка и со стороны других органов. Появляется неуверенность в своих силах, снижается активное внимание. Больные становятся несдержанными, легко дают аффективные реакции, затем сожалеют о своем поведении, тяжело переживают свое болезненное состояние. Нередко снижается фон настроения, появляются сексуальные расстройства. Сон при неврастении обычно не дает полного отдыха, утром больные чувствуют себя вялыми и разбитыми.

Истерия (истерический невроз, диссоциативно-конверсионные расстройства)

Термин "истерия" является наследием древнегреческой медицины, где предполагалось наличие связи заболевания с "блужданием" матки (греч. hysteria) в организме. Истерия является второй по частоте формой невроза, значительно чаще она встречается у женщин, чем у мужчин. Научное изучение истерии началось со второй половины XIX века — со времени работ J. Charcot (1889) и P. Briquet (1895). Истерия чаще развивается у личностей с истерическими чертами характера. Она формируется при неправильном воспитании, когда ребенок находится в центре внимания и ему не создают ограничений в его желаниях, потакают капризам. В клинике болезни замечается одна особенность, которая

названа клиницистами "условной приятностью или желательностью" болезненного симптома.

Характерной чертой больных является выраженная демонстра-тивность и театральность как поведения в целом, так и изложения жалоб на свои болезненные ощущения. Больные недостаточно отличают главное от второстепенного, у них страдает способность сдерживать свои отрицательные эмоции, что обуславливает частые конфликты с окружающими их людьми. Податливость первым впечатлениям ведет к повышенной внушаемости, к быстрым сменам настроения, переходам от слез к смеху, от вспышки гнева к раскаянию, от увлеченности к разочарованию. Еще Сиденгам (1680) утверждал, что в истерии нет ничего постоянного непостоянства, но, тем не менее, некоторые симптомы могут отличаться устойчивостью, прежде всего если они связаны с жизненными интересами больного.

На высоте волнения у некоторых больных могут возникать истерические припадки. Припадки обычно возникают днем в присутствии "зрителей": больные падают, но никогда при этом не получают ушибов; изменений рефлексов нет. Могут быть разнообразные, иногда похожие на судороги, движения конечностей. При истерическом неврозе могут быть парезы и параличи без изменения тонуса мышц или их атрофии. Нередко отмечаются явления астазии (отсутствие равновесия) — аба-зии (неспособность ходить), афонии (отсутствие голоса) и др.

В рамках истерических нарушений обычно описываются: диссоциативная амнезия (потеря памяти на недавние аффектогенные события), диссоциативный ступор (обездвиженность, отрешенность после психической травмы), диссоциативная fuga (диссоциативная амнезия сочетается с "путешествиями" от нескольких дней до недели при внешне упорядоченном поведении), трансы и состояния овладения (временная потеря чувства собственной идентичности, часто с убежденностью, что они управляются духом, "силой", божеством) и др.

Невроз навязчивых состояний и тревожно-фобические расстройства

Невроз навязчивых состояний. В медицинской литературе описание некоторых форм навязчивостей было проведено Plater (1617), Esquirol (1827). В нашей стране И.М. Балинским (1858) для обозначения этой группы расстройств предложен термин "навязчивые

222

состояния", во Франции аналогично используется термин "психастения" ("психическая слабость"), предложенный в начале XX века Р. Janet. В англоязычных странах аналогичное состояние более принято называть *обсессивно-компульсивным расстройством* (неврозом). Заболевание обычно развивается у лиц с тревожно-мнительным характером. Основным симптомом заболевания являются навязчивые состояния. Это мысли и образы, чувства или действия, которые непроизвольно вторгаются в сознание. Их необоснованность больные понимают, пытаются с ними бороться, но преодолеть не могут. Нередко у больных отмечаются различные страхи — фобии. Мучительными для больных являются и ритуалы таких

действий, как навязчивое мытье рук, счет каких-либо предметов и т.п. Клиника невроза навязчивостей не исчерпывается лишь одними obses-сивно-фобическими проявлениями. В ней всегда представлены и общевнеэротические симптомы — повышенная раздражительность, утомляемость, трудность концентрации внимания, нарушения сна, снижение настроения.

Тревожно-фобические расстройства — весьма многочисленная группа нарушений, проявления которых характеризуются тревожными состояниями (стойкая безмотивная тревога или повторяющиеся эпизоды (атаки) беспричинной паники со страхами смерти, сойти с ума, потери контроля над собой, вегетативными реакциями), а также различными фобиями. Среди последних в МКБ-10 отдельно выделяются агорафобия (страхи толпы, улицы, поездок) и социальные фобии (страх появления стыда и замешательства в присутствии окружающих).

Имеется также классификация неврозов по течению и динамике заболевания. Еще В.Н. Мясищев (1960) отграничивал реактивную форму невроза от невроза развития. При *реактивной форме невроза* ведущее значение в возникновении заболевания имеет острая психическая травма, а в клинической картине достаточно отчетливо прослеживаются элементы, характерные для "триады" симптомов Яс-перса. При *неврозе развития* определяющее значение в течение заболевания имеют уже особенности личности больного — часто даже бывает так, что психическая травма в последующем не находит своего адекватного отражения в симптомах болезни, происходит своеобразное "самодвижение" симптомов и нарастают черты характера невротиков, свойственные психопатическим личностям.

В.В. Королев (1965), Н.Д. Лакосина (1988) и др. авторы выделяют в течение невроза этапность: невротическая реакция —» острый невроз —• затяжной невроз —» невротическое развитие личности. Термин "развитие личности", как известно, был предложен К. Ясперсом (1910) для отграничения нажитых форм патологии характера от изменений личности при шизофрении. В структуру невротического развития личности входят те же синдромы, что и в структуру неврозов. Однако при невротическом развитии личности невротические симптомы постепенно утрачивают свою выраженность и происходит их "самодвижение" в сторону нарастания патохарактерологических расстройств. Полагают, что примерно у 30% больных неврозами возможно такое неблагоприятное течение заболевания с постепенной психопатизацией личности.

По мере углубления невротических расстройств в динамике невроза наблюдается и усугубление сомато-биологических сдвигов, перестройка гомеостаза (психоэндокринных соотношений, вегетативной регуляции и др.), однако грубой органической деструкции

органов, как это происходит при психосоматических заболеваниях, не наблюдается. Возможно, что невроз — это не только своеобразная личностная адаптация к психотравмирующим воздействиям социальной среды, но и своеобразная "защита" организма от органической деструкции при увеличении психоэмоционального напряжения путем использования особых, невротических механизмов перестройки гомеостаза.

Принципы диагностики неврозов. Касаясь клинических проявлений неврозов, следует отметить, что невротические симптомы, по выражению известного польского психоневролога А. Кемпински, (1975) "вездесущны", т.е. они встречаются при самых различных заболеваниях: психических (например, при шизофрении), неврологических (например, при травмах мозга), соматических (например, при заболеваниях щитовидной железы). Однако, поскольку причины их возникновения носят не психологический характер, а связаны с основным заболеванием, то их лучше называть *неврозоподобными симптомами*. Таким образом, неврозы не имеют *патогномонич-ных*, т.е. характерных только для данного заболевания, симптомов. Это существенно затрудняет традиционную их диагностику по клинической картине болезни и требует специального анализа клинических проявлений невроза с точки зрения психологических механизмов их возникновения. При постановке больного диагноза невроза специалисты обычно руководствуются двумя главными принципами — негативной и позитивной диагностики.

Принцип негативной диагностики предусматривает исключение современными методами всех соматических, неврологических или психических болезней, которые могли бы обуславливать появление аналогичных жалоб со стороны больного.

Принцип позитивной (психологической) диагностики заключается в выявлении патогенетической связи невротических симптомов с психологической ситуацией больного: психологическое содержание невротического симптома и связь его с эмоцией озабоченности, выявление цепи причинно-следственных связей психологической ситуации с клиническими проявлениями болезни (наличие психогенеза), наличие невротического конфликта и установление его типа. Симптомы невроза характеризуются большой динамичностью и коррелируют с уровнем напряжения психологического конфликта.

Лечение неврозов. Представление о неврозах как о психогенных расстройствах объясняет адекватность и широкое распространение |> в их лечении различных форм психотерапии. Однако следует отметить, что содержание психотерапии при неврозах, ее цели и задачи

весьма различны и определяются той теоретической концепцией, которой придерживается психотерапевт. В любом случае все методы психотерапевтического воздействия при неврозах можно подразделять на патогенетические, т.е. направленные на ликвидацию невротического конфликта, нормализацию нарушенной болезнью личностной структуры, и симптоматические — смягчение и ликвидация самих проявлений заболевания.

Купирование тревоги, опасений, разрешение сомнений больных, отвлечение от сосредоточенности на болезненных представлениях улучшают настроение больных и положительно отражаются на общем самочувствии. Больным неврозами показана нормализация труда и отдыха, физкультура, физиотерапевтические методы лечения. Применяются также седативные препараты, транквилизаторы, при необходимости небольшие дозы антидепрессантов, общеукрепляющие и стимулирующие средства.

Сидоров П. И. и др. Т.

Глава 29

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ВОПРОСЫ КЛАССИФИКАЦИИ

Соматическое и психическое, хотя и являются качественно различными явлениями, но реально представляют лишь различные стороны единого живого конкретного человека. Отрывать эти стороны друг от друга в исследованиях проблемы болезни представляется принципиально неверным. Представители как психиатрии, так и соматической медицины единодушно разделяют мнение о том, что при некоторых расстройствах имеет место сочетание как психоэмоциональных, так и соматических нарушений. Соматические сдвиги, возникновение которых изначально более связано с психоэмоциональными сдвигами, впервые назвал "психосоматическими" в 1818 году немецкий врач R. Heinroth. Позднее Jacobi (1922), напротив, вводит термин "соматопсихические", чтобы подчеркнуть доминирование телесного в возникновении некоторых нервно-психических заболеваний.

В наиболее распространенной трактовке для психосоматических расстройств характерным является признание значимости психологических факторов как в возникновении, так и в обуславливании ими усиления или ослабления соматического (физического) страдания. Таким образом, критерием отнесения имеющегося специфического физического заболевания или страдания к психосоматическим является наличие психологически значимых раздражителей из окружающей среды, которые во времени связаны с возникновением или обострением данного физического нарушения. Такое понимание психосоматических расстройств считается широким, т.к. к ним относят все нарушения функций внутренних органов и систем, возникновение и развитие которых тесно связано с нервно-психическими факторами, переживанием острой или хронической психологической травмы или со специфическими особенностями личностно-эмоционального реагирования человека на окружающее.

В этой связи, кроме различных кратковременных *психосоматических реакций*, появляющихся в напряженных жизненных ситуациях (например, сердцебиение у влюбленного или потеря аппетита при печали), выделяют еще четыре большие группы расстройств иного качества.

1. Конверсионные симптомы — символическое выражение невротического (психологического) конфликта. Их примерами являют-

ся истерические параличи, психогенная слепота или глухота, рвота, болевые ощущения. Все они — первичные психические феномены без тканевого участия организма. Тело здесь служит как бы сценой символического выражения противоречивых чувств больного, которые подавлены и вытеснены в бессознательное.

2. Психосоматические функциональные синдромы —возника

ют чаще также при неврозах. Такие "соматизированные" формы неврозов иногда называют "неврозами органов", системными неврозами или вегетоневрозами. В отличие от психогенной конверсии, отдельные симптомы здесь не имеют специфического символического значения, а являются неспецифическим следствием телесного (физиологического) сопровождения эмоций или сравнимых с ними психических состояний. В частности, некоторые варианты эндогенных депрессий часто имитируют какое-либо соматическое заболевание, "маскируются" под него. Такие депрессии принято называть "маскированными", лабиринтными или соматизированными депрессиями. К группе функциональных психосоматических синдромов часто также относят и некоторые психологические заболевания — мигрень и ряд других подобных болезней.

3. Органические психосоматические болезни (психосоматозы)—

в их основе лежит первично телесная реакция на конфликтное переживание, связанная с морфологически устанавливаемыми патологическими изменениями в органах. Соответствующая наследственная предрасположенность может влиять на выбор органа. Первые проявления психосоматозов возникают в любом возрасте, но чаще они начинают фиксироваться уже в ранней юности у лиц с отчетливыми и постоянными определенными личностными характеристиками. После манифестации заболевание обычно приобретает хроническое или рецидивирующее течение, и решающим провоцирующим фактором возникновения очередных обострений является для больного психический стресс.

Другими словами, этиопатогенез собственно психосоматических расстройств в значительной мере, особенно на ранних стадиях заболевания, связан с психологически значимыми для личности

раздражителями из окружающей среды. Однако параллельно возникающие функциональные сдвиги со стороны внутренних органов на более поздних этапах болезни приводят к их деструкции, т.е. органическим изменениям, и заболевание приобретает все черты типично соматического, физического страдания.

Исторически к этой группе относятся семь классических психосоматических заболеваний: эссенциальная гипертония, брон-

8*

хроническая астма, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка, неспецифический язвенный колит, нейродермит, ревматоидный артрит и гипертиреоидный синдром ("чикагская семерка", по Alexander, 1968).

4. Психосоматические расстройства, связанные с особенностями эмоционально-личностного реагирования и поведения, — склонность к травмам и другим видам саморазрушающего поведения (алкоголизм, наркомания, табакокурение, переедание с ожирением и другие). Эти расстройства обусловлены определенным отношением, вытекающим из особенностей личности и ее переживаний, что приводит к поведению, результатом которого является нарушение здоровья. Например, склонность к травмам характерна для личностей со свойствами, которые противоположны точности, тщательности. Повышенное потребление пищи может пониматься как индикатор престижа, социальной позиции или заменой, компенсацией недовольства.

Влияние психики допустимо и возможно при любых заболеваниях человека, поэтому психосоматическая медицина никогда не ограничивалась изучением только психосоматозов. Психосоматический подход как принцип врачебной деятельности заключается в как можно более тщательном изучении влияния психосоциальных факторов на возникновение и течение любых соматических болезней и психотерапевтическом лечении больных с учетом этих факторов. Однако современное понимание психосоматического направления в медицине состоит в изучении психологических механизмов и факторов возникновения и течения болезней, поиске связей между характером психического стрессового фактора и поражением определенных органов и систем.

Современные классификации болезней (МКБ-10) не относят к психосоматическим расстройствам психические нарушения, при которых соматические жалобы являются составной частью заболевания, но при этом не обнаруживается никаких органических проявлений, которые можно было бы отнести к известной в медицине болезни (соматоформные расстройства). Например, расстройство в виде конверсии, при котором соматические жалобы вызваны психологическим конфликтом; ипохондрия, при которой отмечается обостренное внимание к своему здоровью и воображаемое ощущение тяжелой болезни. Нет оснований относить к психосоматическим заболеваниям и соматизированные депрессии, при которых этиологическая роль в возникновении жалоб, имитирующих соматическое страдание, отводится не психологическим факторам внешней среды, а нарушениям функционирования эмоциогенных мозговых структур, вызванным основным заболеванием.

ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ

Отечественная медицина при изучении болезней исходит из признания единства соматического и психического, организма и личности во всей сложности их соотношений. Этой проблеме в прошлом уделяли внимание такие крупнейшие русские врачи, как М.Я. Мудров, С.П. Боткин, Г.А. Захарьин и другие, которые подчеркивали необходимость учета личностных особенностей больных как в диагностике, так и терапии заболеваний. На современном этапе медицина уже не может ограничиваться только эмпирическими данными, относящимися к индивидуализации диагностики и лечения. Требуется не только провозглашение принципа целостного (холистического) подхода к человеку, но и теоретическая разработка этих вопросов. В отечественной медицине на это еще указывал известный профессор — терапевт Р.А. Лурия, столетие со дня рождения которого нами отмечалось в 1974 году. Его книга "Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания" выдержала не одно издание и имеет важное значение для психологического образования врача и в настоящее время. Проблеме психосоматических соотношений уделяли много внимания и такие исследователи, как К.М. Быков, И.Т. Курцин (1960), Г.В. Морозов и М.С. Лебединский (1972), Ф.Б. Бассин (1970, 1972), Т.И. Царегородцев и Г.Х. Шингаров (1972), Д.Н. Исаев (1996) и многие другие.

Где же и как взаимодействуют душа и тело? Сама эта проблема имеет такую же давнюю историю, как и медицина в целом. Психосоматическая проблема как таковая возникла в древности, когда у истоков научной медицины стояли две школы, отражающие два подхода к трактовке общей концепции болезни: первая — гиппократическая школа Косса; вторая — школа первых анатомов Книдоса. Первая трактовала болезнь как расстройство отношений между субъектом и действительностью (динамическая, гуморально-духовная и, тем самым, "психосоматическая" концепция); вторая рассматривала болезнь как поражение какой-то материальной структуры (механическая, органная ориентация). Исходные формулы оценки болезни и больного при этом различны. В первом случае — "человек болен", во втором — "у человека есть болезнь". Это противопоставление (патология органа или патология отношения) проходит через всю историю медицины.

В связи с открытиями в XIX веке в области анатомии, микробиологии, нейрофизиологии, утверждением принципа клеточной патологии Вирхова, в котором модель болезни основывалась на пато-

логии органа, второе направление взяло верх. Нарастающая "технизация" медицины надолго заслонила от врачей психологические стороны заболевания больного и понятия "психосоматическое заболевание", "психосоматическая медицина" укоренились повсеместно лишь в последние десятилетия.

Психосоматическая медицина возникла (точнее, вновь возродилась) как своеобразная реакция на узкий, локалистический подход в медицине (Николаева В.В., 1987). Кроме того, в ходе последних десятилетий становилось все отчетливее понимание, что привычное разделение между "органическими" и "функциональными" заболеваниями основано на спорных предпосылках, а болезни чаще возникают на почве множественных этиологических факторов. Из этого возник особый интерес к роли в болезни психологических и социальных факторов. Это тем более актуально, что по статистическим данным и самым осторожным оценкам примерно 1/3 больных, приходящих на прием к интернисту, страдают функциональными или эмоционально обусловленными расстройствами. Внутренние конфликты, невротические типы реакций или психореактивные связи обуславливают картину органического страдания, его длительность, течение и, возможно, резистентность к терапии (Любан-Плоцка В., Пельдингер В., Креггер Ф., 1996).

В настоящее время психосоматическая медицина решает три важные вопроса:

- 1) вопрос о триггерном (пусковом) механизме патологического процесса и начальной стадии его развития;
- 2) вопрос о том, почему один и тот же сверхсильный психологический фактор у одних людей вызывает яркую эмоциональную реакцию и соответствующий комплекс вегетовисцеральных сдвигов, а у других людей эти сдвиги вообще отсутствуют;
- 3) вопрос о том, почему психическая травма у одних людей вызывает заболевание сердечно-сосудистой системы, у других — пищеварительного аппарата, у третьих — дыхательной системы, у четвертых — эндокринной системы и т.д. (проблема "выбора органа").

В период создания психосоматической медицины как науки, стремившейся преодолеть разрыв между телесным и психическим, была создана однолинейная жесткая модель психосоматического заболевания (*теории "специфического" стресса*). В последующем она была заменена представлением о возможности возникновения заболевания при взаимодействии как физических, так и психосоциальных факторов, что привело к многофакторной открытой модели психосоматического заболевания (*теории "неспецифического" стресса*).

ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЕ КОНЦЕПЦИИ И
"ГИПОТЕЗА СПЕЦИФИЧНОСТИ"
ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ГЕНЕЗЕ
ПСИХОСОМАТОЗОВ

Теория З. Фрейда оказалась привлекательной в связи с тем, что в качестве главного постулата своей теории содержала утверждение связи психического и соматического (гипотетическая "психическая энергия" как разновидность энергии физиологической, необходимой для функционирования органов). Кроме того, психоанализ определил психический патогенный "агент" (аффект, аффективный конфликт) и предложил универсальный механизм, связующий психическую и телесную реальности — механизм символической конверсии. Последний означает, что существует якобы "логически понятная" связь между содержанием аффективного конфликта и клиническими симптомами. Возникновение многих заболеваний можно понять на основе тенденции вытесненного влечения проявляться через расстройство функции органа. Если эта тенденция — конверсия на орган — обратима, то речь идет о неврозе (истерия), но если же она не поддается обратному развитию и приводит к деструкции органа, то речь идет о психосоматическом заболевании (Jilliffe, 1939).

Позднее поиск содержательной, логически однозначной связи между психологическими феноменами и клиническими симптомами получил название *"гипотезы психосоматической специфичности"* (*специфические теории*) и превратился в основной объяснительный принцип психосоматической медицины. Последнее время этот принцип все больше ассоциируется со специфическим стрессом, который можно определить как бессознательный конфликт, обуславливающий нарушение процесса гомеостатического равновесия и приводящий к заболеванию.

Ортодоксальный психоанализ объяснял возникновение соматических расстройств относительно просто: поражение той или иной системы органов зависит от содержания бессознательного конфликта. Например, артроз сустава пальца возникает после того, как человек набрал номер телефона, ожидая неприятного разговора, а нервный зуд (экзема) есть ничто иное, как эквивалент полового акта, т.к. имеются все его фазы: нарастает напряжение и неудовольствие с потребностью разрядки, затем сами действия (почесывание) и последующий спад напряжения (схема полового акта). В любом случае в бессознательной сфере имеется сексуальный конфликт, но невроз или сублимация не возникали, и в результате страдали внутренние органы. Критика ортодоксальной психосоматики была естественной.

Неофрейдисты (Г. Салливан, Э. Фромм, К. Хорни) рассматривали психосоматическое заболевание более сложно — как результат нарушения биологических и социальных механизмов адаптации к общеприродной и социальной среде. Например, психосоматическая специфичность усматривается не в сексуальном конфликте, а в неофрейдистском аспекте "выбора свободы и ответственности человека за то, что он выбирает". Э. Фромм, в частности, утверждает, что симптомы головной боли и болей в плечевом поясе есть своеобразная символизация эмоций озабоченности человека, выражение трудностей несения "бремени свободы".

В антропологическом направлении к изучению психосоматической патологии подходят с позиций анализа бытия. Представители антропологического направления вслед за V. Weizsacker (1951) свою задачу видят в понимании смысла болезненного симптома в связи с духовной экзистенцией больного, а сама болезнь рассматривается как экзистенциальное бедственное состояние во внутренней истории человека. Так же как и психоаналитики, антропологи ведущим в своей работе считают глубинно-психологический анализ истории переживаний больного, его бытия с целью понимания содержательного смысла симптомов у больного, его болезни в целом.

С 50-х годов психосоматическая медицина связана с так называемой "групповой психодинамикой". Групповой конфликт ведет к социально нарушенным формам поведения, неврозам. Если нет возможности проявления этого бессознательного нежелания поддерживать контакт с группой в указанных формах, то "протест группы" выражается в соматическом заболевании. Симптомы болезни символизируют конфликты между индивидом и его социальным окружением.

Теория специфических для болезни психодинамических конфликтов Александра.

Врач и аналитик Франц Александер (Alexander E, 1891-1964) предложил обширную и связанную теорию объяснения психосоматических связей. Он был сторонником многофакторного подхода в психосоматической медицине. Им постулировалось, что возникновение и течение болезней управляется тремя группами переменных. Одна из этих групп представляет собой **личностную диспозицию** ("психодинамическую конфигурацию с соответствующими процессами психологической защиты"), которая складывается с детства. Вторая группа переменных включает провоцирующую эмоциогенную **жизненную ситуацию**, когда какие-либо переживания и события могли предшествовать болезни, оживляя центральный бессознательный конфликт. И, наконец, в третью группу Александер включает все соматические условия, составляющие **определенную конституцию**, "соматическую подверженность" (Фрейд З.) или "неполноценность органа" (Адлер А.). Эту "уязвимость" органа иногда именуют "конституциональным фактором Х", определяющим "выбор симптоматики".

Исследования школы Александра подтвердили, что те формы переживания и поведения, которые можно проследить вплоть до внутриспсихических ядерных конфликтов, проявляются чаще, чем это было бы при простом совпадении, причем частоты для заболеваний знаменитой "чикагской семерки" различны (цит. по Томэ Х., КэхелеХ., 1996).

Александр большое значение придавал "вегетативному сопровождению" эмоций в возникновении патологии органа. Еще в теории эмоций Джеймса — Ланге эмоция постулировалась как производное от восприятия телесных, соматических изменений. Эмоция ими рассматривалась как индивидуальное осознание ощущений, вызываемых такими феноменами, как сердцебиение или прерывистое дыхание. Имеется немало фактов, свидетельствующих о врожденности и генетической обусловленности так называемых фундаментальных эмоций. Для каждого эмоционального состояния типичным является и характер их "вегетативного сопровождения".

Таким образом Александр направил особое внимание исследователей на соотнесение специфических конфликтных констелляций с определенными физиологическими типами реакций. Психосоматическая специфичность усматривается им в определенном соответствии преобладания у человека тех или иных эмоций и их вегетативного сопровождения. Если эмоция не отреагирована в действиях или в символической форме (конверсия), то это приводит к хроническим вегетативным сдвигам и в конечном итоге к деструкции органа. Чаще всего не могут свободно выражаться и реализовываться враждебные, эротические импульсы, чувство вины и неполноценности. Их бессознательное подавление и приводит к хронической дисфункции органов. Поскольку специфичность ищется Александром в конфликтной ситуации, его модель часто обозначают как "теорию специфических для болезни психодинамических конфликтов" или более кратко — "теория психосоматической специфичности".

Концепция "личностных профилей"
Фландерс Данбар. F. Dunbar (1943), как и Александр, также подвергла сомнению символическое значение психосоматической дисфункции, считая последнюю сопутствующей эмоции, аффекту. Если эмоция не получила соответствующего выражения, то хроническое напряжение выливается в хронические сопутствующие вегетативные сдвиги. Однако, в отличие от Александра, она пыталась найти корреляцию между соматическими типами реакций и постоянными личностными параметрами. Она изучила большое количество больных с различными соматическими заболеваниями и заметила значительное сходство в особенностях личности больных одной нозологии. Данбар описыва-

ет язвенную личность, коронарную личность, артрическую личность" и т.д., полагая, что личностные профили имеют важное диагностическое, прогностическое и терапевтическое значение. Таким образом, уже не просто содержание аффективного конфликта оказывалось специфичным для определенной болезни, а на первый план выдвигалось взаимодействие определенных особенностей личности с психологическими факторами внешней среды. Данбар описывает и общие особенности, присущие всем больным с психосоматическими расстройствами. Эти особенности выражались в инфантильности, сильной способности к фантазированию, в недостаточной включенности в ситуацию, больные часто не способны к словесному описанию тонких нюансов своих чувств и переживаний.

Модель десоматизации — ресоматизации Шура — другая психоаналитическая модель для объяснения психосоматических болезней, предложенная М. Schur (1897-1969) в 1955 году. В ее основе лежит понятие "регрессия" — возврат с высшей на низшую стадию развития. Развитие здорового ребенка Шур характеризует как процесс "десоматизации". Он исходит из наблюдения, что грудные дети в силу их недоразвитых, недифференцированных психических и соматических структур на внешние воздействия реагируют диффузно, прежде всего соматически и бессознательно (первичные психические процессы, по Фрейду). Психический и соматический элементы в реакциях у них еще неразсторжимо связаны друг с другом. По мере взросления соматических форм реагирования становится меньше и ребенок начинает позволять все более осознанные, когнитивные формы проработки опасностей и ситуаций страха (вторичные психические процессы, по Фрейду), т.е. он реагирует преимущественно через состояния психического возбуждения.

Шур рассматривал психосоматическую регрессию (ресоматизация) как шаг назад к первоначальному уровню, на котором душа и тело еще реагировали как единое целое, соматически разряжая напряжение. Ресоматизация возможна при "слабости" и нестабильности "Я", когда в отягощающих ситуациях активизируются бессознательные, невротические конфликты и под давлением неуверенности в себе может наступить регресс на инфантильно-соматические, физиологические формы реагирования. Предполагается, что привычная фиксация таких форм реагирования удовлетворяет постулату специфичности.

Концепция "двухфазного вытеснения" Митшерлиха. А. Mitscherlich (1956) расширяет модель Шура своей концепцией двухфазной защиты или двухфазного вытеснения. По его мнению, невротический конфликт преодолевается двухфазно. Если психичес-

ких средств для его преодоления недостаточно, то на второй фазе происходит сдвиг в динамике на телесные защитные процессы. Его модель объясняет наблюдаемую клиницистами частую смену невротических симптомов и телесных заболеваний. Невротические симптомы отчетливо отступают при формировании соматической болезни и часто возвращаются при выздоровлении от нее. Таким образом, психосоматическое расстройство всегда проходит две фазы — невроза и соматической болезни.

СТРЕСС И "НЕСПЕЦИФИЧНОСТЬ" РОЛИ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В ГЕНЕЗЕ ПСИХОСОМАТОЗОВ

Вдохновленные психоанализом психосоматические исследования исходят из гипотезы о специфичности. Однако результаты десятилетиями ведущихся работ, хотя и свидетельствуют о важной роли психосоциальных факторов в возникновении и течении соматических заболеваний, но существование их специфической причинности представляется маловероятным. Альтернативная гипотеза — предположение, что психические факторы играют неспецифическую роль в многофакторном переплетении причин болезней, — с имеющимися данными согласуется.

Неспецифические теории возникновения психосоматических расстройств подтверждаются и экспериментальными фактами на животных. При хроническом стрессе у животных развиваются психосоматические расстройства (например, пептическая язва), но у животных вряд ли имеются черты специфической личности или бессознательный психологический конфликт, свойственные человеку

Теория условных рефлексов и кортико-висцеральная теория. Русский физиолог И.П. Павлов (1849-1936) в рамках высшей нервной деятельности различал условные и безусловные рефлексы. Безусловные (врожденные, подкорковые) рефлексы соответствуют тому, что понимается под инстинктами и побуждениями, и служат удовлетворению элементарных потребностей. Условные рефлексы прижизненны и являются результатом научения. У человека имеется язык, вторая сигнальная система для их формирования. При построении психосоматических теорий модель условных рефлексов оказалась интересной. В частности, экспериментально показано, что приступы бронхиальной астмы на введение антигена удастся у животных условно-рефлекторно связать с акустическим сигналом уже через несколько подкреплений. А если выработать два условных рефлекса

с противоположными реакциями и далее дать соответствующие раздражители одновременно (моделирование т.н. экспериментального невроза), то подопытные животные демонстрируют поведенческие и вегетативные нарушения вплоть до необратимых органических поражений (гипертония, инфаркт миокарда).

Продолжением этих работ была деятельность К.М. Быкова (1947) и его сотрудников. Ими было показано, что в схему условного рефлекса можно включать и деятельность любого внутреннего органа, функция которого не поддается произвольному волевому управлению. Таким образом, кора больших полушарий мозга может, при определенных условиях, влиять на работу висцеральных систем, на их функции, вплоть до обменных. Позднее К.М. Быковым и И.Т. Курциным (1960) была создана кортико-висцеральная гипотеза происхождения психосоматических заболеваний. Возникновение последних связывалось с первичным нарушением корковых механизмов управления внутренними органами, обусловленными перенапряжением процессов возбуждения и торможения в коре мозга. На животных были экспериментально созданы модели невроза сердца, сосудов, желудка и кишечника, синдромы коронарной недостаточности, язвы желудка и т.д.

Конечно, данные, полученные таким путем, нельзя механически переносить на человека, пренебрегая его субъективным миром личных переживаний. Определенная экспериментальная ситуация, возможно, и является конфликтной для животного, но само понятие "конфликт" взято "не из физиологии животного, оно исходит из мира человека" (Schaefer, 1968). В любом случае кортико-висцеральная теория недостаточно учитывает роль личности, личностное функционирование, систему значимых отношений личности (Карвасарский БД, 1982).

Вегетативное сопровождение эмоций. Физиолог Кэннон (Cannon, 1871-1945) обнаружил, что экстремальные ситуации готовят организм к борьбе или бегству. Такая подготовка происходит и тогда, когда участие в событиях является исключительно эмоциональным. Например, у запасных игроков футбольной команды, и даже у азартных зрителей, фиксировался сахар в моче, что устанавливалось и у большинства активных игроков. Таким образом, в отличие от представления рефлексорной модели психосоматической болезни, Кэннон соединяет в реакции на экстремальную ситуацию эмоции с их телесным сопровождением.

Хронический неспецифический стресс. Г. Селье расширяет данные Кэннона понятием адаптационного синдрома. Последний

относится, главным образом, к участию в стрессе эндокринной системы. Адаптационный синдром протекает различно в зависимости от того, в какой исходной ситуации находится организм. Именно в фазе истощения происходит слом регулирующих механизмов с необратимыми соматическими изменениями. Таким образом, общий адаптационный синдром может быть посредником между психосоциальным стрессом и психосоматическим заболеванием.

Первые исследования проявлений стресса относились к действию определенных острых ситуаций, но и хронический неспецифический стресс с различной степенью тревожности также обнаруживает физиологические корреляты с психосоматическими расстройствами у генетически предрасположенных субъектов. Постепенно центр тяжести исследования стресса перемещается на *субъективное переживание* внешних стрессоров.

Стресс не является синонимом *дистресса*, т.е. горя, несчастья, недомогания, истощения, нужды. Стресс—это давление, нажим и напряжение. Многие склонны отождествлять стресс с нервной перегрузкой или сильным эмоциональным возбуждением. Стрессовые реакции, по мнению Г. Селье, присущи низшим животным, которые не имеют нервной системы. Часто стрессор может быть и приятным, и совершенно неважно для возникновения стресса, каков будет результат его воздействия на организм — приятный или неприятный. Эффект воздействия стрессора зависит от интенсивности требований к приспособительной способности организма. Только дистресс всегда неприятен. Обычно люди говорят о стрессе, когда имеется в виду чрезмерный стресс—дистресс, когда человек переживает горе, недомогание.

Признаки стрессового напряжения (в свободной интерпретации по Шефферу):

- 1) невозможность сосредоточиться на чем-либо;
- 2) слишком частые ошибки в работе;
- 3) ухудшение памяти;
- 4) слишком частое возникновение чувства усталости;
- 5) очень быстрая речь;
- 6) довольно частые боли (голова, спина, область желудка);
- 7) повышенная возбудимость;
- 8) работа не доставляет прежней радости;
- 9) потеря чувства юмора;
- 10) резко возросшее число выкуриваемых сигарет;
- 11) пристрастие к алкогольным напиткам;
- 12) постоянное ощущение недоедания.

- 13) пропадает аппетит — вообще потерял вкус к еде;
- 14) невозможность вовремя закончить работу.

Причины стрессового напряжения (в свободной интерпретации по Буту):

- 1) гораздо чаще вам приходится делать не то, что хотелось бы, а то, что входит в ваши обязанности;
- 2) вам постоянно не хватает времени — не успеваете ничего сделать;
- 3) вас постоянно что-то или кто-то подгоняет, вы постоянно куда-то спешите;
- 4) вам начинает казаться, что все окружающие зажаты в тисках какого-то внутреннего напряжения;
- 5) вам постоянно хочется спать — никак не можете выспаться;
- 6) вы видите чересчур много снов, особенно когда устали за день;
- 7) вы очень много курите;
- 8) потребляете алкоголя больше, чем обычно;
- 9) вам почти ничего не нравится;
- 10) дома, в семье у вас постоянные конфликты;
- 11) постоянно ощущаете неудовлетворенность жизнью;
- 12) влезаете в долги, даже не зная, как с ними расплатиться;
- 13) у вас появляется комплекс неполноценности;
- 14) вам не с кем поговорить о своих проблемах, да и нет особого желания;
- 15) вы не чувствуете уважения к себе — ни дома, ни на работе.

Теория жизненных событий Холмса и Рейха.

Жизненная стрессовая травмирующая ситуация — это ситуация, которая ставит перед человеком проблемы, с которыми он не может справиться самостоятельно на должном уровне. При этом имеет значение частота и тяжесть переживаемых событий. Т.Н. Holmes., R.H. Rahe (1967) создали теорию жизненных событий и разработали специальную шкалу для определения уровня выраженности стресса в повседневной жизни. В шкале содержится ряд житейских событий, выраженность стрессогенного влияния которых оцениваются в баллах. В течении года у человека набирается таких событий в среднем на 150 баллов. Если их число возрастает более чем в 2 раза (300 баллов), то вероятность заболевания у такого человека составляет 80%. Если число событий в сумме составляет от 300 до 200 баллов, то риск болезни составляет 50%, а при сумме баллов от 200 до 150 — риск физической реакции на стресс составляет 30%.

Теория жизненных событий не учитывает, что человек в мире не один, что близкие и друзья могут человеку помочь справиться с трудными ситуациями в его жизни. Спорным в этой теории и является-

Жизненные события (баллы)	Стресс
1. Смерть супруга, супруга, ребенка (матери, отца)	100
2. Развод	73
3. Разрыв с партнером, разъединение с партнером	65
4. Смерть близкого члена семьи	63
5. Значительное личное повреждение или болезнь	53
6. Свадьба	50
7. Увольнение с работы, уход с работы, перемещение по службе	47
8. Уход на пенсию	45
9. Примирение с партнером (партнершей), супругом (супругой)	45
10. Значительная перемена в здоровье или поведении членов семьи	44
11. Беременность (для мужчин — беременность партнерши)	40
12. Сексуальные затруднения	39
13. Рождение ребенка	39
14. Изменение финансового положения	38
15. Смерть близкого друга	37
16. Смена места работы	36
17. Увеличение числа супружеских (партнерских) ссор	35
18. Растущие долги	30
19. Значительное изменение в обязанностях на работе (повышение, понижение, горизонтальный перевод)	29
20. Отъезд сына или дочери из дома (свадьба, поступление в учебное заведение)	29
21. Раздоры с родителями мужа или жены (раздоры с родителями или другими членами семьи)	29
22. Головные боли	28
23. Окончание школы и (или) поступление в институт (училище)	26
24. Уход с работы (мужа, жены)	26
25. Изменение жилищных условий	25
26. Пересмотр личных привычек (одежды, манеры, знакомства)	24
27. Конфликты с начальством (с преподавателем)	23
28. Изменение условий работы или рабочего времени	20
29. Перемещение места жительства	20
30. Экзамены, зачеты, квалификационная аттестация	20
31. Смена привычного места отдыха	19
32. Значительное изменение в виде и количестве развлечений	19
33. Значительные изменения в общественной деятельности	18
34. Изменения в отношениях с окружающими (друзьями, коллегами и т.д.)	18
35. Нарыв	

шение сна	16
36. Изменение характера и частоты встреч с другими членами семьи или близкими родственниками	15
37. Изменение привычного режима питания и количества потребляемой пищи	15
38.	Отпус
к 13	
39.	Штра
ф за нарушение правил уличного движения	12
40.	Ст
рессоры, не внесенные в данную шкалу (смерть любимого животного, аборт, кража, потеря любимой вещи и пр.)	10

ся рейтинг жизненных событий по силе воздействия. Более оптимальным является комплексный подход, который учитывает не только силу стрессора, но и индивидуальную личностную реакцию на него. Из различий взаимоотношений личности и ее окружения вытекают несоответствия, приводящие к стрессу.

Процессы совладания (копинг-механизмы). Ожидания и действия по-разному переживаются разными людьми в зависимости от веры в собственные возможности, удовольствия от деятельности или честолюбия. Любые ситуации оцениваются личностью в плане определения их типа — угрожающего или благоприятного. Поэтому совладание с ситуацией (*копинг-процессы*) определяются личностными особенностями и значением ситуации для человека. Эти процессы совладания рассматриваются как средства личности, как своеобразные механизмы сознательной личностной защиты, которые направлены на уменьшение, устранение или приближение действующего стрессора (Lazarus R.S., 1970). Причем к стрессогенным относятся не только угрожающие, но и положительные, доставляющие удовольствие ситуации. В любом случае процессы совладания являются частью аффективной реакции и от них зависит сохранение эмоционального гомеостаза.

Термин "копинг" (англ. coping — совладание, адаптация, приспособление) получил распространение в отечественной психологической литературе сравнительно недавно. Его профессиональное психологическое содержание чаще определяют как совокупность процессов, происходящих в личности и направленных на достижение адаптации к стрессу, контроля над ним, сохранения деятельности на фоне стресса. Отсюда копинг-поведение рассматривается как целенаправленное поведение личности по сознательному овладению ситуацией для устранения или уменьшения вредного действия стресса. При этом происходит выбор определенных стратегий ("копинг-стратегий") поведения, основанных на определенных ресурсах ("копинг-ресурсы") как личности (Я-концепция, локус контроля, аффилиация, эмпатия и др), так и среды (дружеская поддержка, поиск рационального избегания и др). Главное в процессах, описываемых как "копинг", — именно совладание и адаптация к стрессорной ситуации, не избегание ее (Лапин И.П., 1999).

Результатом оценки стрессогенной ситуации становится один из трех возможных типов стратегии совладания:

- 1) прямая активность в поступках для устранения опасности — нападение или бегство, восторг и наслаждение;
- 2) косвенная, мыслительная активность без прямого воздействия — вытеснение ("это меня не касается"), переоценка ("это не

так опасно, как кажется"), изменение направления аффекта, переключение на другие дела и т.п.;

3) совладение без аффекта — возможно тогда, когда непосредственной реальной угрозы для личности нет и не предполагается, здесь достаточно просто стараться рационально избегать соответствующих ситуаций (транспорта, техники, неприятных контактов с окружением).

Алекситимия (греч. а — отсутствие, lexis — слово, thymos — эмоции). Предполагают, что особенно предрасположены к психосоматическим заболеваниям *алекситимические* субъекты (Sifneos P.E., 1973). Они отличаются бедным жизненным воображением и недостаточной эмоциональной включенностью в объективную ситуацию, ослаблением сопереживания. Лица с выраженным алекситимическим личностным радикалом обычно не способны описать тонкие нюансы своих чувств и часто вообще не находят слов для самовыражения. Они не осознают своих эмоциональных конфликтов, не могут их вербализовать, так что психосоматические расстройства могут быть результатом накопления эмоционального раздражения. В психологической практике созданы специальные опросники (шкалы) для измерения выраженности алекситимического личностного радикала.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В
МЕДИЦИНЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Лечение психосоматических расстройств одними психологическими методами не вызывает достаточно хороших результатов, так что не может быть рекомендовано в качестве единственного метода лечения. Как следствие этого у врачей возникли сомнения в достоверности концепций психосоматической медицины. Большинство, однако, полагает, что хронические и тяжелые стрессы могут играть значительную этиологическую роль в развитии ряда соматических заболеваний.

Кроме влияния типичных стрессов, таких как развод или смерть супруга, ряд специалистов признают, что разные личности склонны к различным психосоматическим заболеваниям, как и разные конфликты также вызывают разные заболевания.

В отечественной психоневрологии В.Н. Мясищев (1960) предлагает при терапии анализ реальных конфликтов, т.к. некоторые люди не могут "позволить дать себе невроз", а психосоматическое заболе-

вание для личности может быть даже "более престижным". Происходит бессознательное "переключение", связанное с социальным фактором. Выбор симптома, пораженного органа обуславливается фактором своеобразной "предуготованности", определенной функциональной недостаточностью (врожденной или приобретенной) тех или иных органов и систем (*locus minoris resistentiae*).

В настоящее время в психосоматической медицине все больший вес приобретают идеи *многопричинности* (*мультикаузально-сти*) *психосоматических расстройств*. Для объяснения и трактовки нарушений все больше привлекаются физиологические данные, нарастает "депсихологизация" исследований в психосоматической медицине. Однако, несмотря на рост числа медико-биологических работ, психологические проблемы в этой области яснее не становятся. Психологическую и психоаналитическую трактовку многих субъективных феноменов в психосоматической медицине заменить пока трудно.

Психосоматический подход в медицине. В последние годы наибольшую популярность приобретает мнение о необходимости замены проблемы узкого круга психосоматических расстройств проблемой психосоматического подхода к любым заболеваниям. В широком смысле этот подход, как отмечает психиатр Д.Н. Исаев (1996), охватывает проблемы внутренней картины здоровья, конверсионных, соматогенных, соматизированных психических и ипохондрических расстройств, реакций личности на болезнь, умирание, смерть, отрыв от семьи, симуляцию, а также искусственно продуцируемые расстройства, в том числе синдромы Мюнхаузена (симуляция болезней, которые приводят к операции) и Полле (искусственное причинение болезни ребенку его собственной матерью).

Патогенез психосоматических расстройств

складывается из:

1) неспецифической наследственной и врожденной отягощенности соматическими нарушениями и дефектами;

2) наследственного предрасположения к психосоматическим расстройствам;

3) нейродинамических сдвигов — нарушения деятельности ЦНС из-за накопления аффективного возбуждения, тревоги, напряжения, вегетативной активности и т.п.;

4) личностных особенностей (замкнутость, сдержанность, алекситимия, тревожность, сенситивность, недоверчивость, психическая инфантильность и т.п.);

5) психического и физического состояния во время действия психотравмирующих событий;

6) фона неблагоприятных семейных и других социальных факторов;

7) особенностей самих психотравмирующих событий.

Варианты развития психосоматического заболевания.

Ю.М. Губачев, Е.М. Стабровский (1981) выделяют ряд вариантов развития психосоматических заболеваний, из которых следует особо выделить следующие:

1. Ситуационный (первично-психогенный) вариант

— на первом плане среди этиологических факторов находится столь длительное воздействие психологически неблагоприятных жизненных условий, что даже развитые возможности защитного резерва (личностного и биологического) не оградят от формирования органических следствий соматических систем;

2. Личностный вариант — главным условием формирования патологии выступает психологически деформированная личность, которая обуславливает затяжной, гипертрофированный и извращенный тип психологического реагирования, становление хронизированного эмоционального напряжения.

К последнему варианту можно отнести и развитие болезни через определенные патологические привычки (переедание, алкоголизм и другие), имеющие личностную обусловленность.

Таким образом, термин "психогенные" нельзя однозначно применить к психосоматическим заболеваниям. При психосоматических заболеваниях психогенный фактор имеет место, но в сложном переплетении физиологических факторов. Только сочетание личностных особенностей с определенными свойствами соматических систем (конституция, наследственность, возраст, пол, характер предшествующих заболеваний и определенная дефектность регуляторных и исполнительных механизмов организма) делают реальным становление той или иной болезненной структуры, которую мы называем психосоматическим заболеванием.

Д.Н. Исаев к характерным для детей в период новорожденное[™], младенчества и раннего детства относит такие психосоматические расстройства, как *младенческая колика* (приступы болей в животе с плачем от нескольких минут до нескольких часов у ребенка 3-4 месяцев); *аэрофа-гия* (заглатывание воздуха во время кормления с последующей отрыжкой его у жадно сосущих детей); *срыгивания* (в 14-16 месяцев, также связаны с жадным заглатыванием пищи); *анорексия* (входит в структуру невропатии, значим фактор отрыва от матери и другие психогении); *извращение аппетита* (обычно на 2-3 году жизни, потребление угля, глины или бумаги, при психосоматическом генезе важное значение придается отвержению ребенка при неправильном воспитании);

или мерицизм (повторное жевание пищи после ее отрывания; симптом невропатии); *изменения массы тела* (недостаточная прибавка в весе или тучность характерны при депривации или иных психогенных факторах); *запор*, или констипация (проявление депрессии, навязчивого страха дефекации из-за его болезненности или повышенной стыдливости и застенчивости ребенка); *энкопрез* (недержание кала из-за утраты или задержки формирования контроля за деятельностью анального сфинктера, обусловлен невропатическими расстройствами вслед за психогениями).

Принципы терапии психосоматических заболеваний. Удельный вес психогенных и патофизиологических факторов неоднороден на различных этапах заболевания, что обуславливает и особенности терапевтической тактики при психосоматической патологии.

На первом этапе психосоматического заболевания психогенный фактор и личностные нарушения преобладают, имеется бессознательный психологический конфликт, что и обуславливает ведущую роль психотерапевтических методик лечения на этой стадии заболевания. Можно применять патогенетическую психотерапию, которая направлена на перестройку системы отношений и установок больного, оптимизацию функционирования механизмов психологической защиты.

На втором этапе психосоматического заболевания усиливаются функционально-соматические нарушения, формируются "порочные круги" патологического функционирования в страдающих системах, усугубляются личностные нарушения. Психотерапевтические усилия становятся менее эффективными, требуется более активная медикаментозная коррекция нарушений.

На третьем этапе психосоматического заболевания преобладающими становятся соматические нарушения ("органическая" стадия). В терапии используются преимущественно медикаменты и симптоматическая психотерапия (включая коррекцию "масштаба переживаний", коррекцию внутренней картины болезни).

На всех этапах психосоматического заболевания, а также в целях профилактики психосоматических реакций у здоровых людей широкую популярность приобрели различные антистрессовые методики релаксации и снятия напряжения. Одним из таких методов релаксации является предложенная в 1932 году Иоганнесом Генрихом Шульцем аутогенная тренировка. Сущность этого метода заключается в произвольном вызывании мышечной релаксации и в реализации на этом фоне позитивных утверждений о своем здоровье и самовнушения. Заслуга Шульца состоит в доказательстве того, что при значительном расслаблении мускулатуры возникает особое состояние сознания, позволяющее путем самовнушения воздействовать на

различные, в том числе исходно непроизвольные, функции организма (Лобзин В.С., Решетников М.М., 1986).

Гипертоническая болезнь. Исследования последних десятилетий показали, что повышение кровяного давления является неспецифическим биологическим сигналом, подобным, например, лихорадке. Этот сигнал может иметь много разных причин. Лица с повышенным артериальным давлением обычно держаться внешне спокойно, но высказывают много жалоб и часто импульсивны. Хотя они открыто гнева не выражают, у них может потенциально накапливаться ярость. Их поведение в целом описывается как чрезмерно адаптивное, уступчивое, ориентированное на социальный успех со стремлением сдерживания как положительных, так и отрицательных аффектов. Имеет место семейная предрасположенность к гипертензии, т.е. хронический стресс появляется у генетически предрасположенной личности (подавление, репрессия агрессивных тенденций).

Хороший эффект при гипертензии оказывает поддерживающая и поведенческая психотерапия (например, аутотренинг и другие релаксационные методики, биоподкрепление). В комплексной терапии применяются гипотензивные средства.

Стенокардия. F. Dunbar (1948) описывает коронарную личность как агрессивно-компульсивную со стремлением много времени отводить работе и завоевывать авторитет. Позднее M. Friedman и R. Rosenman (1959) выделили 2 личностных типа: тип А (ориентированы на борьбу, враждебно-соперничающие) и тип Б (более спокойны и менее агрессивны, менее упорно сражаются за цели). Личностный тип А более сильно связан с развитием коронарной болезни сердца, и при нем более высокое содержание в крови холестерина, липопротеидов, триглицеридов, кортикостероидов.

Ю.М. Губачевым (1973) приводится 5 основных типов преморбид-ных личностных особенностей больных ишемической болезнью сердца: 1-я (24%) — больные с разными аномалиями личности (психопатия или близкие к ним состояния) с постоянной настроенностью на конфликт, длительные периоды эмоционального напряжения; 2-я (16%) — больные, полярно противоположные первой группе, т.е. с высоким чувством ответственности и управляемостью эмоциями, но с завышенным честолюбием и высоким уровнем притязаний, что могло способствовать формированию конфликтов, отягощать переживаниями рабочее напряжение; 3-я (29%) — промежуточная группа между первой и второй, т.е. с сочетанием невротических особенностей и гипертрофированных претензий на социальный успех, обязывающих себя сдерживать в выражении эмоций; 4-я (10%) — больные с длительными переживаниями жизненных неудач и неуспеха, где подавленность, зависть и горечь обид являлись их основным эмоциональным фоном. 5-я (22%) — больные, у которых не выявлено сколько-либо значимого эмоционального напряжения или личностных аномалий, это удовлетворенные собой и окружающими люди с размеренным ритмом труда и отдыха.

Трудности лечения больных с коронарными заболеваниями часто обусловлены их особой структурой личности. Со стороны врача проблемой является распознавание ориентированной на успех установки как конфликтного поведения. Способность к успеху и ориентировка на него слишком поспешно отождествляются со здоровьем, а сами больные склонны к отрицанию своих конфликтов. Механизм отрицания затрудняет также и формирование внутренней мотивации к терапии. В лечении применяются различные препараты, а для ослабления психологических реакций назначают транквилизаторы. Психотерапия направлена на поддержку веры в выздоровление, ослабление стресса, компульсии и напряжения.

Бронхиальная астма. Считается, что для этих больных характерна повышенная потребность в зависимости. По мнению Alexander, у астматиков выражена сильная бессознательная потребность в защите и ласке со стороны матери (или лица, ее заменяющего). Приступы бронхиальной астмы развиваются при фрустрации этой потребности. Лечение проводят комплексно: терапевт, аллерголог и психотерапевт. В лечении используют разнообразные виды психотерапии (индивидуальные, групповые, поведенческие, гипноз). Большое значение имеет в ходе терапии преодоление у больного его выраженной зависимости от врача, обучение возможности самостоятельно облегчать приступ, освоение техник расслабления и дыхания.

Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. К язвенной болезни может приводить неспецифический стресс, который обуславливает гиперактивность желудка и гиперсекрецию пепсина, в результате чего формируется язва. Специфические теории выдвигают на первое место формирование характерного бессознательного конфликта при хронической фрустрации значительно выраженной у язвенной личности потребности в зависимости. Потребность в заботе и ласке вызывает хронический бессознательный голод с физиологически устойчивой ва-гусной активностью с гиперсекрецией желудочного сока, что особенно опасно для лиц, генетически предрасположенных к язве.

246 Созданы и разнообразные типологии язвенных больных. В частности, в отношении манифестного поведения в литературе различают пассивный и гиперактивный тип язвенного больного. Пассивный язвенный тип склонен к субдепрессивному фону настроения и прямо выражает свои потребности в зависимости. Полагают, что язвенный приступ наступает тогда, когда эти бессознательные или сознательные желания в зависимости встречают отказ. При гиперактивном язвенном типе желания зависимости очень сильны, однако отвергаются больными. Гиперактивный тип лишен покоя и ориентирован на успех. Сознательная установка его такова: я успешен, деятелен, продуктивен и независим. Одновременно в бессознательном мы находим в точности противоположную установку чрезмерно сильной потребности в любви, зависимости и помощи.

Психотерапия направлена на конфликт, связанный с зависимостью больного. Если пассивный тип язвенника ищет защиты в общении с вра-

чем, то для гиперактивного типа нужна иная тактика: следует иметь в виду его раздвоенность между стремлением к независимости и одновременной потребностью в пассивной зависимости. Для пассивного типа пригодна, в частности, *суппортивная форма терапии*. При этом больной должен иметь возможность выразить свою потребность в зависимости, не боясь негативной оценки врача. Уменьшению внутреннего стресса поможет попытка облечь конфликт в слова с обсуждением проблемы на рациональном уровне. Однако в острой фазе заболевания работа по конфликту считается преждевременной, лучше сначала сосредоточиться на обсуждении необходимых изменений в поведении и быту. Полезны биоподкрепление и релаксационные методики. Комплексная терапия включает диету и специальные медикаменты.

Язвенный колит. У лиц с хроническим воспалением и язвами толстого кишечника преобладают компульсивные личностные черты. Эти больные опрятны, любят порядок, пунктуальны, свой гнев выражают весьма сдержанно. Александер полагает, что у таких личностей ключевым моментом является также фрустрированная потребность своей зависимости. Агрессивные тенденции по отношению к объекту своей зависимости приводят к бессознательному чувству вины и тревоги, которые "облегчаются" кровавым поносом. У 60% больных обострению предшествуют депрессивно окрашенные жизненные ситуации с переживанием действительной или воображаемой потери объекта. Больные чаще происходят из семей, в которых вообще мало говорят о чувствах. У больных низкая самооценка, и они весьма чувствительны к собственным неудачам. Потеря отношений с ключевой фигурой переживается бессознательно больными как угроза собственному существованию. Больным явно недостает сознательного переживания агрессии и соответствующего поведения.

Во время обострения показана поддерживающая психотерапия, соответствующее медикаментозное лечение. При хроническом латентном течении показаны более интерпретативные виды психотерапии. Важно умение врача терпеливо выслушивать больного и осторожно стимулировать его к активности и автономности.

Гипертиреоз. Заболеванию часто предшествует сильное переживание, характерна семейная предрасположенность к болезни. Двигательное и внутреннее беспокойство, возбуждение и раздражительность являются следствием повышенной секреции гормонов щитовидной железы. В личностном плане мы находим у больных постоянную готовность перевыполнять свои задания. Они производят впечатление личностной зрелости, но она адекватна не всем ситуациям и лишь с трудом скрывает свой страх и слабость. Согласно психодинамической теории, в детстве эти больные испытывали сильную привязанность и зависимость от матери, поэтому они не переносят угрозы потери любви. Фрустрация детской жажды к зависимости приводит к преждевременному самоутверждению. В лечении необходима антигипертиреоидная терапия, транквилизаторы и поддерживающая психотерапия.

Глава 30

СОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ

Влияние соматического состояния на психику человека может быть как патогенным, так и саногенным (оздоравливающим). Что касается последнего аспекта, то врачам хорошо известно, как с каждым днем при выздоровлении от тяжелого соматического недуга происходит и улучшение (санация) психического состояния больного: улучшается настроение, появляется бодрость и оптимизм. Вероятно, не случайно широко распространено известное выражение: "В здоровом теле — здоровый дух". Физически здоровые люди всегда легче переносят жизненные неурядицы, чем больные. По-видимому, в ряде случаев даже можно говорить о "внутренней картине здоровья" и ее влиянии на психическую сферу человека (Николаева В.В., 1987).

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА ЗДОРОВЬЯ

Широкое признание получило позитивное определение здоровья, данное ВОЗ: "состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов" (Устав ВОЗ, 1946). Таким образом, здоровье складывается из трех компонентов: физического, психического и социального. И в настоящее время здоровье трактуется как способность к адаптации, способность сопротивляться и приспосабливаться, способность к самосохранению и саморазвитию, ко все более содержательной жизни во все более разнообразной среде обитания (Лишук В. А., 1994). Благодаря позитивному определению здоровья в медицине, наряду с патоцентрическим подходом (борьба с болезнями), утверждается и саноцентрический подход (направленность на здоровье и его обеспечение).

Считается, что определить степень физического здоровья человека достаточно просто — здоровый человек удовлетворен функционированием своего организма. Эту степень здоровья достоверно устанавливает медицина, используя соответствующие методики осмотра, лабораторные исследования. Сложнее оценить психическое состояние человека, найти критерии психического и социального благополучия человека. В частности,

одним из центральных в психологии здоровья является понятие о норме психического развития, которое позволяет говорить о соответствии биологического и психологического возрастов человека. Думается, что психолог и врач, которые работают с показателями здоровья человека, должны исходить из того, что у любого человека на уровне житейской психологии присутствуют свои представления о нормальности человека в любой конкретный период его жизни. В этом смысле бытовое представление человека о возрасте, о возможностях возраста — чувствования, действия, самоотношения — является тем конкретным материалом, который определяет содержание внутренней картины здоровья (Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А., 1998).

Как человек относится к своему здоровью, т.е. без понимания его внутренней картины здоровья, невозможно понять внутреннюю картину болезни, которая, как полагают, является лишь частным случаем первой (Каган В.Е., 1986). Переживание чувства здоровья связано не только с отсутствием болезни и инвалидности, но и с наличием полноценного физического, психического и нравственного состояния, которое позволяет оптимально, без всяких ограничений осуществлять общественную и прежде всего трудовую деятельность (Петровский Б.В., 1973). Внутренняя картина здоровья — составная часть самосознания, представление о своем физическом состоянии, сопровождающееся своеобразным эмоциональным, чувственным фоном.

При оценке психологии здоровья важно различать понятия "состояние здоровья" и "самочувствие". *Состояние здоровья* — истинное положение дел в организме по данным врачебного осмотра. *Самочувствие* же субъективно и не всегда точно отражает объективное состояние здоровья. Неполнота и искажения внутренней картины болезни возможны у маленьких детей (Исаев Д.Н., 1996), а также в силу своеобразия структуры личности — нестабильности самооценки, "Я-образа" в целом и физического "Я", зависимости собственной самооценки от оценок других людей.

Рядом отечественных авторов (Громбах А.М., 1988; Тхостов А.Ш., 1993; Лебединский В.В., 1994; Карвасарский Б.Д., 1982 и др.) представлены показатели психического здоровья, причем по этому параметру (с учетом жалоб на здоровье самого человека) выделяются четыре группы людей:

1 -я группа — совершенно здоровые, жалоб нет;
2-я группа — легкие функциональные нарушения, эпизодические жалобы астено-невротического характера, связанные с конкретными психотравмирующими событиями, напряжение

адаптационных механизмов под влиянием отрицательных микросоциальных факторов;

3-я группа—лица с доклиническими состояниями и клиническими формами в стадии компенсации, стойкие астено-невротические жалобы вне рамок трудных ситуаций, перенапряжение механизмов адаптации (в анамнезе у таких лиц неблагополучие беременности, родов, диатезы, травмы головы и хронические инфекции);

4-я группа — клинические формы заболевания в стадии субкомпенсации, недостаточность или поломка адаптационных механизмов.

Критерии психического здоровья основываются на понятиях "адаптация", "социализация" и "индивидуализация" (Абрамова Г.С., Юдич Ю.А., 1998).

Понятие "*адаптация* " включает способность человека осознанно относиться к функциям своего организма (пищеварения, выделения и др.), а также его способность регулировать свои психические процессы (управлять своими мыслями, чувствами, желаниями). Пределы индивидуальной адаптации существуют, но адаптированный человек может жить в привычных для него геосоциальных условиях.

Социализация определяется по трем критериям, связанным со здоровьем человека. Первый критерий связан со способностью человека реагировать на другого человека как на равного себе ("другой такой же живой, как и Я"). Второй критерий определен как реакция на факт существования определенных норм в отношениях с другими и как стремление следовать им. Третий критерий — как человек переживает свою относительную зависимость от других людей. Существует для каждого человека необходимая мера одиночества, и если человек эту меру переступает, то он чувствует себя плохо. Мера одиночества — это своеобразная соотнесенность необходимости в независимости, уединенности от других и своего места среди своего окружения.

Индивидуализация, по К.Г. Юнгу, позволяет описывать становление отношения человека к самому себе. Человек сам создает в психической жизни свои качества, он осознает свою собственную неповторимость как ценность и не позволяет разрушать ее другим людям. Способность признавать и сохранять индивидуальность в себе и других — один из важнейших параметров психического здоровья.

Возможности адаптации, социализации и индивидуализации имеются у каждого человека, степень их реализации зависит от социальной ситуации его развития, идеалов нормативного человека данного общества в данный конкретный момент. Однако можно заме-

тить и недостаточность этих критериев для полного описания внутренней картины здоровья. Она в частности связана еще и с тем, что любой человек потенциально имеет возможность посмотреть на свою жизнь со стороны и оценить ее (рефлексия).

Существенной особенностью рефлексивных переживаний является то, что они возникают помимо воли и индивидуальных усилий. Они являются предпосылками духовной жизни человека, в которой, в отличие от психической жизни, результатом является переживание жизни как ценности. Духовное здоровье человека, как подчеркивают многие психологи (Маслоу А., Роджерс К. и др), проявляется прежде всего в связи человека со всем миром. Это может проявляться разнообразно — в религиозности, в чувствах красоты и гармонии, восхищения перед самой жизнью, радости от жизни. Переживания, в которых осуществляется связь с другими людьми, соответствие конкретному идеалу человека и составляют содержание внутренней картины здоровья как трансцендентального целостного представления о жизни.

Влияние болезни на психику человека

Наибольшее значение для практической деятельности врача представляет **патогенное влияние** соматического состояния на психику, под которым подразумевается не что иное, как нарушение психической деятельности человека в условиях соматической болезни.

На сегодняшний день является достаточно установленным, что имеются два основных вида патогенного влияния соматической болезни на психику человека: соматогенный и психогенный. Реально оба вида влияний представлены в единстве нарушений психики, однако соматогенный и психогенный компоненты могут выступать в различных соотношениях в зависимости от заболевания.

Соматогенное влияние болезни на психику.

Связано с непосредственным воздействием на центральную нервную систему соматических вредностей (нарушение гемодинамики или интоксикация) и самих интенсивных болевых ощущений. Особенно большую роль соматогенные влияния на психику играют при врожденных пороках сердца и заболеваниях почек. Мучительная боль бывает при метастазах злокачественных опухолей в позвоночнике. Интенсивная боль, накапливающиеся в крови вредные вещества или кислородная недостаточность, непосредственно воздействуя на головной мозг, вызывают нарушения в нервно-психической сфере. Весь

комплекс нарушений в нервно-психической сфере при этом часто именуют термином "**соматогения**". По своей структуре соматогении характеризуются полиморфизмом проявлений — от неврозо-подобных нарушений до психотических (с бредом, галлюцинациями) расстройств.

**Схема психосоматических
соотношений (Николаева
В.В., 1987)**

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ

ВЛИЯНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА СОМАТИЧЕСКУЮ СФЕРУ
--

ВЛИЯНИЕ СОМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ПСИХИЧЕСКУЮ СФЕРУ



Психогенное влияние болезни на психику. Следует признать, что интоксикационные воздействия на центральную нервную систему наблюдаются лишь при некоторых соматических заболеваниях, тяжелом их течении и специфическими для клиники внутренних болезней не являются. Основной же формой влияния соматического заболевания на психику человека является психологическая реакция личности на *сам факт заболевания и его последствия*, имеющиеся при болезни астению, болезненные ощущения и нарушения общего самочувствия.

Субъективно-психологическую сторону любого заболевания чаще всего обозначают понятием **"внутренняя (или аутопластическая) картина болезни"**. Последняя характеризуется формированием у больного определенного рода чувствований, представлений и знаний о своем заболевании.

В отечественной литературе проблема целостного рассмотрения личности и болезни поднималась в трудах таких врачей-интернистов, как М.Я. Мудров, С.П. Боткин, Г.А. Захарьин, Н.И. Пирогов и другие. В последующем этот клинико-личностный подход развивался на основе

положений нервизма (Сеченов И.М., Павлов И.П.) и кортико-висцеральной теории (Быков К.М., Курцин И.Т).

Соматопсихическое направление как таковое, в центре внимания которого находится вопрос влияния соматической болезни на личность, в отечественной медицине было заложено в трудах психиатров С.С. Корсакова, П.Б. Ганнушкина, В.А. Гиляровского, Е.К. Краснушкина, В.М. Бехтерева.

На необходимость научного понимания единства биологического и социального в человеке для правильной оценки взаимоотношений организма и личности и роли личности в болезни указывали также М.С. Лебединский и В.Н. Мясищев (1966).

Болезнь как патологический процесс в организме двояким образом участвует в построении внутренней картины болезни:

1) Телесные ощущения местного и общего характера приводят к возникновению сенсорного уровня отражения картины заболевания. Степень участия биологического фактора в становлении внутренней картины болезни определяется тяжестью клинических проявлений, астенией и болевыми ощущениями.

2) Болезнь создает трудную для больного жизненно-психологическую ситуацию. Эта ситуация включает в себя множество различных моментов: процедуры и прием лекарств, общение с врачами, перестройка отношений с близкими и коллегами по работе.

Эти и некоторые другие моменты налагают отпечаток на собственную оценку болезни и формируют окончательное отношение к своему заболеванию.

Следует отметить, что в механизмах взаимоотношений психики и соматической большой роль играют так называемые механизмы "замкнутого круга". Нарушения, первоначально возникающие в соматической (равно и в психической) сфере, вызывают реакции в психике (семе), а последние являются причиной дальнейших соматических (психических) нарушений. Так по "замкнутому кругу" разворачивается целостная картина болезни. Особенно велика роль "замкнутого круга" в патогенезе психосоматических болезней и маскированной депрессии.

В научной литературе для описания субъективной стороны заболевания используется большое количество терминов, которые были введены различными авторами, но часто употребляются весьма сходным образом.

Аутопластическая картина болезни (Гольдштейн А., 1929) — создается самим больным на основе совокупности его ощущений, представлений и переживаний, связанных с его физическим состоянием ("сенситивный" уровень болезни базируется на ощущениях, а "интеллектуальный" уровень болезни является результатом размышлений больного о своем физическом состоянии).

Р. Конечный и М. Боухал (1982) также используют понятие *"аутоп-ластическая картина болезни"*, подчеркивая не только "горизонтальное расчленение" картины болезни, но и "вертикальное"—в частности, рациональные компоненты во многом бессознательно управляются эмоциональными процессами; связь между субъективным и объективным сложна и не является прямолинейной.

Внутренняя картина болезни — в понимании известного терапевта Лурия Р.А. (1944. 1977) не соответствует обычному пониманию субъективных жалоб больного; структура ее в отношении как сенситивной, так и интеллектуальной части аутопластической картины болезни, по Гольдштейну, находится в очень большой зависимости от личности больного, его общего культурного уровня, социальной среды и воспитания.

Переживание болезни (Шевалев Е.А., Ковалев В.В., 1972) — общий чувственный и эмоциональный тон, на котором проявляются ощущения, представления, психогенные реакции и другие психические образования, связанные с болезнью. "Переживание болезни" тесно связано с понятием "сознание болезни", хотя и неидентично ему.

Отношение к болезни (Рохлин Л.Л., 1957, Скворцов К.А., 1958) — вытекает из понятия *"сознание болезни"*, что и формирует соответствующее реагирование на болезнь. Отношение к болезни складывается из восприятия больным своей болезни, ее оценки, связанных с ней переживаний и вытекающих из Такого отношения намерений и действий.

Понятие "сознание болезни" используется также в работах Е.К.Краснушкина (1950), А.С. Познанского (1966). Я.П. Фрумкин и И. А. Мизухин (1970) для описания отношения и реакции больного на болезнь пользуются термином *"позиция личности к болезни"*. Т.Н. Резникова и В.М. Смирнов (1976, 1983) разработали понятие *"психологического информационного поля болезни"*, в центре которого находится измененная болезнью "схема тела". Балинт (Balint M., 1960) предложил понятие *"аутогенное представление о болезни"*, а Хецен-Клеменс (Heszen-Klemens J., 1979) — *"образ собственного заболевания"*.

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ

Углубление знаний о психологической стороне заболеваний в отечественной теории и практике медицины привело к появлению к настоящему времени множества различных концептуальных схем, раскрывающих структуру внутреннего мира больного человека. Многообразие терминов, в которых описывается субъективная сторона болезни, характерно и для зарубежных исследователей. Однако в большинстве современных психологических исследований внутренней картины заболевания при различных нозологических фор-

мах болезней в ее структуре выделяется несколько взаимосвязанных сторон (уровней):

1) болевая сторона болезни (уровень ощущений, чувственный уровень) — локализация болей и других неприятных ощущений, их интенсивность и т.п.;

2) эмоциональная сторона болезни связана с различными видами эмоционального реагирования на отдельные симптомы, заболевания в целом и его последствия;

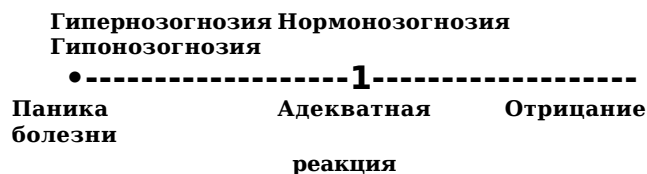
3) интеллектуальная сторона болезни (рационально-информационный уровень) связана с представлениями и знаниями больного о его заболевании, размышлениями о его причинах и последствиях;

4) волевая сторона болезни (мотивационный уровень) связана с определенным отношением больного к своему заболеванию, необходимостью изменения поведения и привычного образа жизни, актуализацией деятельности по возвращению и сохранению здоровья.

На основании этих сторон у больного создается модель заболевания, т.е. представление о ее этиопатогенезе, клинике, лечении и прогнозе, которая определяет "*масштаб переживаний*" (Либих С.С, 1979) и поведение в целом.

Между истинным положением дел со здоровьем и "моделью болезни" больного часто нет знака равенства. Значение болезни в восприятии больного может как преувеличиваться, так и приуменьшаться, вплоть до полного отрицания болезни как таковой.

Масштаб переживания болезни



При адекватном типе реагирования (*нормозогнозия*) больные правильно оценивают свое состояние и перспективы, их оценка совпадает с оценкой врача.

При *гипернозогнозии* больные склонны переоценивать значимость отдельных симптомов и болезни в целом, а при *гипонозогнозии* — склонны их недооценивать.

При *диснозогнозии* у больных наблюдаются искажение восприятия и отрицание наличия болезни и ее симптомов с целью диссимуляции или из-за страха ее последствий. *Анизогнозия* — полное отрицание болезни как таковой; типична для больных с алкоголизмом и онкологическими заболеваниями.

Внутренняя картина болезни, характеризующая целостное отношение к заболеванию, тесно связана с *осознанием больным своей болезни*. Степень осознанности своего заболевания во многом зависит от образованности и общего культурного уровня пациента, хотя полного соответствия здесь часто не наблюдается (как, например, при анизогнозиях). Даже при психических заболеваниях больной не может не давать естественных, психологически понятных и характерных для его личности реакций на свое заболевание. При этом у некоторых больных имеется иногда смутное и неотчетливое осознание своей болезни, но бывает и так, что отчетливое осознание болезни может сочетаться с безразличным, тупым отношением к ней.

Степень осознанности своей болезни больным может нарушаться при некоторых очаговых поражениях мозга. Например, поражениям задних отделов левого полушария чаще сопутствует адекватная внутренняя картина болезни, в то время как при поражении задних отделов правого полушария наблюдалось сочетание адекватного когнитивного уровня осознания внутренней картины болезни с неадекватным эмоциональным представлением больных о своих перспективах, расхождение между планами на будущее и реальными возможностями. Неадекватная внутренняя картина болезни (неполное представление о своем состоянии) в сочетании с недостаточным ее эмоциональным переживанием характерна для лиц с поражением левой лобной области, а поражение правой лобной доли мозга также сопровождается расхождением между когнитивными и эмоциональными планами внутренней картины болезни (Виноградова Т.В., 1979).

Задача врача — коррекция модели болезни, коррекция "масштаба переживаний". Однако при коррекции внутренней картины болезни следует учитывать множество факторов. Например, если для успешного лечения алкоголизма анизогнозию требуется ликвидировать, то надо ли устранять таковую при онкологических заболеваниях, однозначного ответа нет.

ТИПЫ РЕАКЦИИ НА БОЛЕЗНЬ

Можно выделить три главных типа реакции больного на свое заболевание: стеническая, астеническая и рациональная.

При активной жизненной позиции больного к лечению и обследованию говорят о **стенической реакции** на болезнь. Есть, однако, и негативная сторона этого типа поведения, так как больной может быть слабо способным к выполнению необходимых ограничений стереотипа жизни, накладываемых заболеванием. При **астенической реакции** на заболевание у больных имеется склонность к пессимизму и мнительности, но они относительно легче, чем больные со стенической реакцией, психологически приспосабливаются к заболеванию. При **рациональном типе реакции** имеет место реальная оценка ситуации и рациональный уход от фрустрации.

Ряд авторов (Рейнвальд Н.И., 1969; Степанов А.Д., 1975; Лежеева Л.Н., Якубов П.Я., 1977) описывает типы отношения к болезни, имея в виду характер взаимодействия, складывающийся при этом между врачом и пациентом.

Типы личностной реакции на заболевание (Якубов Б.А., 1982)

Содружественная реакция. Эта реакция характерна для лиц с развитым интеллектом. Они как бы с первых же дней заболевания становятся "ассистентами" врача, демонстрируя не просто послушание, но и редкую пунктуальность, внимание, доброжелательность. Они безгранично доверяют своему лечащему врачу и признательны ему за помощь.

Спокойная реакция. Такая реакция характерна для лиц с устойчивыми эмоционально-волевыми процессами. Они пунктуальны, адекватно реагируют на все указания врача, точно выполняют лечебно-оздоровительные мероприятия. Они не просто спокойны, а даже представляются "солидными" и "степенными", легко вступают в контакт с медицинским персоналом. Могут иногда не осознавать свою болезнь, что мешает врачу выявить влияние психики на болезнь.

Неосознаваемая реакция. Такая реакция, имея патологическую основу, выполняет в ряде случаев роль психологической защиты, и эту форму защиты не всегда следует устранять, особенно при тяжелых заболеваниях с неблагоприятным исходом.

Следовая реакция. Несмотря на то, что заболевание заканчивается благополучно, больные находятся во власти болезненных сомнений, в ожидании рецидива заболевания. После болезни астенизируются, угнетены, даже депрессивны, склонны к ипохондрическим реакциям, продолжают посещать лечебное учреждение и считают, что стали хроническими, неизлечимыми больными.

Негативная реакция. Больные находятся во власти предубеждений, тенденциозности. Они подозрительны, недоверчивы, с трудом вступают в контакт с лечащим врачом, не придают серьезного значения его указаниям и советам. У них часто возникает конфликт с медицинским персоналом. Несмотря на психическое здоровье, они демонстрируют подчас так называемую "двойную ориентировку".

Паническая реакция. Больные находятся во власти страха, легко внушаемы, часто непоследовательны, лечатся одновременно в разных лечебных учреждениях, как бы проверяя одного врача другим врачом. Часто лечатся у знахарей. Их действия неадекватны, ошибочны, характерна аффективная неустойчивость.

Разрушительная реакция. Больные ведут себя неадекватно, неосторожно, игнорируя все указания лечащего врача. Такие лица не желают менять привычный образ жизни, профессиональную нагрузку. Это сопровождается отказом от приема лекарств, от стационарного лечения. Последствия такой реакции бывают часто неблагоприятными.

В типологии реагирования на болезнь Н.Д. Лакошиной и Г.К. Ушакова (1976) в качестве критерия, взятого за основу классификации типов, выделяется система потребностей, которые фрустрируются заболеванием: витальная, общественно-профессиональная, этическая, эстетическая или связанная с интимной жизнью. Другие авторы (Byrne D.G., 1982) полагают, что реакция на болезнь в значительной степени обуславливается прогнозом заболевания.

В любом случае, в целях преодоления изменившегося самочувствия и различных проявлений болезни личностью вырабатывается комплекс адаптационных (приспособительных) приемов. Е.А. Шевалев (1936) и О.В. Кербиков (1971) определяют их как реакции адаптации, которые могут быть как компенсаторного (искусственное ограничение контактов, подсознательная маскировка симптомов, сознательное изменение режима дня, характера работы и т.п.), так и псевдокомпенсаторного характера (отрицание и игнорирование болезни).

Другими словами, заболевший на основе своей концепции болезни определенным образом изменяет привычный образ жизни, свою трудовую деятельность и в этом отношении самые разные соматические заболевания могут создать однотипные жизненные обстоятельства для человека.

Р. Баркер (Barker R., 1946) выделяет 5 типов отношения к болезни: избегание дискомфорта с аутизацией (характерен для пациентов с невысоким интеллектом), замещение с нахождением новых средств достижения жизненных целей (лица с высоким интеллектом), игнорирующее поведение с вытеснением признания дефекта (у лиц со средним интеллектом, но высоким образовательным уровнем), компенсаторное пове-

дение (тенденции агрессивного переноса неадекватных переживаний на окружающих и др.), невротические реакции.

В содержании внутренней картины болезни отражается не только наличная жизненная ситуация (ситуация болезни), но и *преморбидные* (доболезненные) особенности личности больного, его характер и темперамент. Преморбидные особенности личности во многом могут объяснять предпочтительность появления у больных тех или иных форм реагирования на заболевание.

Патологические формы реагирования на болезнь (переживание болезни) описываются исследователями в психиатрических терминах и понятиях: депрессивный, фобический, истерический, ипохондрический, эйфорически-анизогностический и другие варианты (Ше-валев Е.А., 1936; Рохлин Л.Л., 1971; Ковалев В.В., 1972; Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г., 1980 и др.). В этом аспекте довольно широкую популярность приобрела классификация типов отношения к болезни, предложенная А.Е. Личко и Л.И. Ивановым (1980). Типы отношения к болезни данной классификации могут идентифицироваться и с помощью специальной психологической методики (опросник), предложенной авторами.

**Тип отношения к
болезни (Личко А.Е.,
Иванов Н.Я., 1980)**

1. Гармонический — правильная, трезвая оценка состояния, нежелание обременять других тяготами ухода за собой.

2. Эргопатический — "уход от болезни в работу", желание сохранить работоспособность.

3. Анизогностический — активное отбрасывание мысли о болезни, "обойдется".

4. Тревожный — непрерывное беспокойство и мнительность, вера в приметы и ритуалы.

5. Ипохондрический — крайняя сосредоточенность на субъективных ощущениях и преувеличение их значения, боязнь побочного действия лекарств, процедур.

6. Неврастенический — поведение по типу "раздражительной слабости". Нетерпеливость и вспышки раздражения на первого встречного (особенно при болях), затем — слезы и раскаяние.

7. Меланхолический — неверие в выздоровление, удрученность болезнью, депрессивное настроение (угроза суицида).

8. Апатический — полное безразличие к своей судьбе, пассивное подчинение процедурам и лечению.

9. Сенситивный — чувствительный к межличностным отношениям, полон опасений, что окружающие его избегают из-за болезни, боится стать обузой для близких.

10. Эгоцентрический — "уход в болезнь" с выставлением напоказ своих страданий, требование к себе особого отношения.

11. Паранойяльный — уверенность, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла, а осложнения в лечении являются результатом халатности медицинского персонала.

12. Дисфорический — доминирует мрачно-озлобленное настроение, зависть и ненависть к здоровым. Вспышки гнева с требованием от близких угождения во всем.

АМБИВАЛЕНТНОСТЬ ОТНОШЕНИЯ БОЛЬНОГО К БОЛЕЗНИ

Следует учитывать двойственное (амбивалентное) отношение больного к своему заболеванию. Традиционное понимание болезни связывают с негативной ее стороной. Однако наблюдения психологов показывают, что есть и позитивная сторона заболевания. Задача врача — *искать положительную сторону болезни* и показать ее больному. Это часто помогает наладить нужный психотерапевтический контакт и ободряет больного.

"Преимущества" болезни ясны в местах заключения. Но и в повседневной жизни болезнь может "снять" с больного необходимость принимать какие-либо решения по службе или в быту, освободиться от тех или иных трудностей, давать определенные преимущества (психологические, социальные) перед другими людьми, может служить компенсацией чувства неполноценности.

Р. Конечный и М. Боухал (1983) в этой связи выделяют *нозофшью-но-утилитарную личностную реакцию*, которая связана с определенным успокоением и приятными ощущениями при болезни. Эта реакция может быть более или менее сознательной, и она может встречаться не только у больных, но и у вполне здорового человека. С этой точки зрения он рассматривает аггравацию (преувеличение признаков заболевания и субъективных жалоб), симуляцию (притворство, с помощью которого стремятся создать впечатление о наличии болезни) и диссимуляцию (скрывание болезни и ее признаков).

Существуют классификации типов реакции на болезнь, которые учитывают *социальные последствия заболевания*. По мнению Z.J. Lipowski (1983), психосоциальные реакции на болезнь складываются из реакций на информацию о заболевании, эмоциональных реакций (типа тревоги, горя, депрессии, стыда, чувства вины) и реакций преодоления болезни.

Реакции на информацию о заболевании зависят от "значения болезни" для больного:

1) *болезнь — угроза или вызов*, а тип реакций — противодействие, тревога, уход или борьба (иногда паранойяльная);

2) *болезнь — утрата*, а соответствующие типы реакций — депрессия или ипохондрия, растерянность, горе, попытка привлечь к себе внимание, нарушения режима;

3) *болезнь — выигрыш или избавление*, а типы реакций при этом — безразличие, жизнерадостность, нарушения режима, враждебность по отношению к врачу;

4) *болезнь — наказание* и при этом возникают реакции типа угнетенности, стыда, гнева.

Реакции преодоления болезни дифференцируются по преобладанию в них компонентов: когнитивного (приуменьшение личностной значимости болезни либо пристальное внимание ко всем ее проявлениям) или поведенческого (активное сопротивление либо капитуляция и попытки "ухода" от болезни).

ПЕРЕЖИВАНИЕ БОЛЕЗНИ ВО ВРЕМЕНИ

В переживаниях и отношении человека к своей болезни в динамике можно наблюдать следующие этапы:

1. Предмедицинская фаза — длится до начала общения с врачом, появляются первые признаки болезни и заболевший стоит перед решением вопроса об обращении за медицинской помощью.

2. Фаза ломки жизненного стереотипа—переход в такую стадию болезни, когда больной становится изолированным от работы, а часто и от семьи при госпитализации. У него нет уверенности в характере и прогнозе своего заболевания и он полон сомнений и тревог.

3. Фаза адаптации к болезни, когда снижается чувство напряженности и безысходности, т.к. острые симптомы болезни постепенно уменьшаются, больной уже приспособился к факту заболевания.

4. Фаза "капитуляции" — больной примиряется с судьбой, не предпринимает активных усилий к поиску "новых" методов лечения и понимает ограниченность возможностей медицины в его полном излечении. Он становится равнодушным или негативно угрюмым.

5. Фаза формирования компенсаторных механизмов приспособления к жизни, установки на получение каких-либо материальных или иных выгод от болезни (рентные установки).

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ

Наибольшие расхождения между субъективной оценкой болезни и ее объективными проявлениями выражены в молодом и старческом возрасте (Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г., 1980).

При оценке субъективной стороны заболеваний у детей всегда следует учитывать возраст ребенка, соответствие степени его психической развитости паспортному возрасту. Длительное соматическое заболевание у детей нередко становится источником задержки общего физического и психического развития. Кроме того, при заболеваниях в детском возрасте часто происходит не только задержка в развитии, но и явления регрессии (возврат к типам психического реагирования, характерного для более младших возрастных периодов), которая рассматривается как защитный психологический механизм. Защитная активность личности детей способствует тому, что объективное значение понятия "болезнь" часто не усваивается ими, не происходит осознания ее тяжести и последствий для дальнейшей жизни.

У детей до 6-летнего возраста часто можно встретиться с фантастическими представлениями о болезни, навеянными переживаниями страха уколов, других медицинских манипуляций. У подростков наиболее часто формируются защитные явления типа "ухода в прошлое", которое оценивается ими как эталон счастья, или "ухода" от болезни в фантазии и своеобразной устремленности в будущее (тогда болезнь воспринимается как временная преграда).

Для относительно внезапного серьезного заболевания, которое не сопровождается многолетней астенией, справедливо мнение Л.С. Выготского (1983) о том, что любой дефект есть всегда источник силы. Одновременно с дефектом даны "психологические тенденции противоположного направления, даны компенсаторные возможности для преодоления дефекта; ...именно они выступают на первый план в развитии ребенка и должны быть включены в воспитательный процесс как его движущая сила". Ориентация на компенсаторные возможности, на тенденции к сверхкомпенсации очень важна при реабилитационно-восстановительной работе с детьми, страдающими хроническими тяжелыми заболеваниями.

Заболевания в пожилом возрасте переносятся физически тяжелее и на длительное время ухудшают общее самочувствие больных. С возрастом к человеку приходит целая гамма возрастных психологических феноменов: здесь и возмущение против старости, и существенная трансформация личностных реакций и жизненного стереотипа. Появляется неуверенность, пессимизм, обидчивость, страх перед одиночеством, беспомощностью, материальными затруднениями. Заметно снижается интерес к новому и вообще к внешнему миру с фиксацией на переживаниях прошлого и их переоценке. По мере старения снижается психическая реактивность человека. Однако и здесь нельзя однозначно говорить только о регрессе личности в

пожилом возрасте, так как многие люди до глубокой старости сохраняют свои позитивные качества и творческие возможности.

Врачу следует помнить, что в старческом возрасте гораздо более интенсивно выражены соматогенные влияния физического заболевания на психику. Иногда первым признаком соматического заболевания или утяжеления его течения являются признаки ухудшения психического состояния пожилого человека. Особенно частым признаком ухудшившегося соматического состояния у лиц старческого возраста являются *ночные делирии* — беспокойство и галлюцинирование по ночам.

Глава 31

ПСИХОЛОГИЯ УМИРАНИЯ

Биологическая смерть человека врачами констатируется на основании совокупности признаков — отсутствия сердечной деятельности (нет пульса на крупных артериях, нет сокращений сердца при аускультации, нет биоэлектрической активности сердца по данным ЭКГ), прекращения дыхания и исчезновения функций центральной нервной системы (нет реакции на раздражители, максимальное расширение зрачков с отсутствием реакции на свет, нет роговичных рефлексов, исчезновение биоэлектрической активности мозга по данным ЭЭГ).

В 1959 году впервые было описано в литературе состояние "смерти мозга", которое иногда возникает в ходе реанимации. При этом все основные функции головного мозга больными необратимо утрачиваются, а сохранение дыхания и кровообращения осуществляется с помощью специальной медицинской аппаратуры. С тех пор до настоящего времени ведутся дискуссии о новой концепции смерти, согласно которой смерть человеческого индивида отождествляется со смертью его головного мозга. Особую остроту эта проблема приобрела после первой пересадки сердца К. Бернардом в 1967 году, так как пациенты с погибшим мозгом являются основным источником "запасных частей" в трансплантологии.

Клиническая смерть — своеобразное переходное состояние между жизнью и смертью, которое еще не является смертью, но уже не может быть названо жизнью. Клиническая смерть начинается с момента прекращения дыхания и кровообращения и продолжается в течение короткого периода времени (в обычных условиях 4-7 минут) до момента наступления необратимых изменений в головном мозге. Таким образом, клиническая смерть является обратимым этапом умирания. Восстановить деятельность сердца и дыхания можно и в более поздние сроки, однако функции клеток коры головного мозга будут полностью и необратимо нарушены (явление "декортикации"), что означает социальную смерть человека.

ПОВЕДЕНИЕ И СУБЪЕКТИВНЫЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ УМИРАЮЩИХ

Хотя человек и знает о конечности своего существования, но, как утверждают многочисленные психологические исследования, сам человек в свою собственную смерть по-настоящему не верит и не осознает глубоко этого факта. З. Фрейд даже утверждает, что каждый человек убежден в собственном бессмертии.

И. Харди (1988) в своей известной книге "Врач, сестра, больной" пишет, что обычно, говоря о смерти, люди используют такие выра-

жения, как "ушел", "покинул нас", да и само слово *exitus*, означающее смерть, происходит от слова "уходить, выходить". Столкнувшись со смертью других людей или сам оказавшись в смертельной ситуации, человек испытывает безотчетный страх и тревогу.

Естественно, что труднее всего воспринимается смерть детьми, которые не всегда понимают происходящего. Детское понимание смерти следует за умственным развитием и формируется постепенно. Недостаточное понимание обычно у детей до 5 лет. Только между 5 и 10 годами постепенно развивается понимание, что смерть окончательна и что все жизненные функции прекращаются, когда человек умирает. Потом они начинают понимать, что смерть неизбежна, что все — и они в том числе — когда-то умрут (Дюргеров А., Хордвик Е., 1995).

Смерть близких обычно вызывает у детей и подростков сильные реакции. Это может быть отчаяние, страх, озлобленность, проблемы со сном, чувство беспомощности и опасности, иногда даже депрессия и сильное ощущение пустоты и одиночества. Ребенок — развивающаяся личность, и изучение реакций на смерть окружающих, понимания им смерти возможно только в возрастном аспекте (Исаев Д.Н., 1996).

В течение первых 2-х лет жизни — страх и тревога у ребенка возникают при отделении ребенка от родителя или воспитателя, на большее ребенок этого возраста не способен. Довербальная стадия познавательного развития еще не позволяет формулировать понятия и смерть как идея не может возникнуть у младенца. Если ребенок болен сам, то его переживания во многом более зависят от душевного состояния ухаживающих за ним, чем даже от его собственного физического состояния.

В дошкольном возрасте (2-7 лет) — смерть также воспринимается как отрыв от матери, и это отделение от любимого существа оказывается для него ужасающим событием. Понятие смерти как окончательного прекращения жизни и одновременно универсального и неизбежного явления не может быть сформулировано ребенком, пока у него преобладает дооперациональный тип мышления. Например, трехлетний малыш в случае семейного траура может поразить родственников тем, что покинув опечаленных взрослых, будет радостно играть в свои игры. У маленьких детей понятие смерти все еще плохо очерчено, у них отсутствует представление о времени "навсегда". У старшего дошкольника возникающая печаль очевидна, однако он не может сохранять эти переживания в течение длительного времени. Часто только в играх эти переживания печали и обнаруживаются.

Для понимания переживаний дошкольника в различных ситуациях, связанных с умиранием и смертью, требуется понимание особенностей возраста — преобладающий детский эгоцентризм и магическое мышление. Очень вероятно, что серьезно больной ребенок в этом возрасте может понимать свою собственную близкую кончину, хотя взрослые хотели бы отрицать это. О наличии тревоги и страха

можно догадаться по его поведению, рисункам и предпочтению определенных игр.

Младшие школьники (6-10 лет) — отличаются развитием конкретного мышления, хотя магическое мышление еще частично сохраняется. Многие дети этого возраста персонифицируют смерть как определенное лицо, приписывая ей некую злую силу. Некоторые дети смерть считают наказанием за плохие дела. Младшие школьники, например, демонстрируют такое магическое мышление в суждениях типа: "бабушка умерла из-за того, что я был сердит на нее". Однако такие высказывания бывают тем реже, чем старше ребенок. Для детей между 7 и 10 годами смерть становится более реальной, универсальной и окончательной, но лишь в конце этого периода они признают свою собственную бренность, понимая, что смерть есть часть общих процессов и принципов, которые управляют миром.

Подростки — характеризуются вступлением мышления в период формальных операций и абстрактного мышления, но и у них еще могут наблюдаться эпизоды возврата к ранним способам поведения и мышления. В частности, понимая, что собственная кончина является очевидным фактом, они отрицают свою смерть фактическим игнорированием ее в гонках на мотоциклах и прочей опасной для жизни активности. Психологическая защита от тревоги, вызываемой мыслью о смерти, у подростков обычно та же, что и у взрослых, но чаще всего встречаются механизмы совладания в форме отвергания возможности умирания.

Умиравший подросток несет двойное бремя. Наряду с эмоциональным стрессом нормального пубертатного периода, он переживает потрясение из-за приближающейся собственной смерти. При этом динамика психологических реакций у умирающего подростка почти ничем не отличаются от таковой у взрослых в этих ситуациях.

Динамика психологических реакций умирающих. Все психологические реакции человека, оказавшегося перед лицом смерти, можно подразделить на ряд этапов. Наиболее известна в этом плане схема Элизабет Кюблер-Росс (Kubler-Ross, 1969). Она описала следующие пять этапов психологических реакций умирающих:

1. Фаза отрицания болезни (анозогнозическая) — больной отказывается принять свою болезнь. "Нет, не я!" — самая обычная реакция вначале на объявление смертельного диагноза. Вероятно, целесообразно молчаливо согласиться с больным. Особенно это касается лиц, осуществляющих уход за больным, и родственников. В зависимости от того, насколько человек может взять события под свой контроль и насколько сильно поддерживают его окружающие, он преодолевает эту стадию тяжелее или легче. По мнению М. Хе-гарты (Heagarty M.C., 1978), эта начальная стадия отказа признавать реальность, изоляции от нее является нормальной и конструктивной, если она не затягивается и не мешает терапии. Если времени оказы-

вается достаточно, то большинство больных успевают сформировать психологическую защиту.

2. Фаза протеста (дисфорическая) — вытекает из вопроса, кто ставит себе больной: "Почему именно я?". Отсюда возмущение и гнев на окружающих и вообще на всякого здорового человека. Важным для завершения этой стадии является возможность излить эти чувства вовне. Следует понимать, что это состояние враждебности и гнева — закономерное, нормальное явление и сдерживать его больному очень трудно. Нельзя осуждать больного за эти его реакции по сути не на окружающих, а на свою судьбу. Здесь больной особенно нуждается в дружеской поддержке и участии, эмоциональном контакте.

3. Фаза "торга" (аутосуггестивная)—происходит резкое сужение жизненного горизонта человека, и он начинает выпрашивать, выторговывать себе те или иные поблажки. Это прежде всего просьбы к врачам относительно послабления режима, назначения обезболивания или к родственникам с требованием выполнения различных прихотей. Этот нормальный процесс сделок для узко ограниченных целей помогает пациенту прийти к соглашению с реальностью все укорачивающейся жизни. Желая продлить жизнь, больной нередко при этом обращается к богу с обещаниями смирения и послушания. ("Еще немного, мне надо закончить дела"). Хороший эффект в этой фазе дают рассказы о спонтанном выздоровлении.

4. Фаза депрессии — больной с течением времени неизбежно становится печальным. Он уже вопросов не задает, а просто говорит себе, что "на этот раз умереть предстоит именно мне". При этом может появиться сознание вины и самобичевание — "Чем же я это заслужил?".

Депрессия у больных может протекать по-разному. Иногда это основное печальное настроение усугубляется реактивными моментами, связанными с потерей частей тела или функций, важных для целостного образа "Я". Это может произойти вследствие хирургических операций по поводу болезни.

Другой тип депрессии, наблюдаемый у умирающих больных, понимается как преждевременное оплакивание потери семьи, друзей и самой жизни. Это по сути тяжелое переживание

потери собственного будущего и признак начальной стадии следующей фазы — принятия смерти. Последняя группа больных особенно трудна для всех, кто соприкасается с ними. У окружающих они вызывают чувство тревоги и беспокойства, душевного дискомфорта. Любые попытки ободрить или поддержать больного шуткой, бодрым тоном голоса воспринимаются им как нелепые в этой ситуации.

Больной замыкается в себе, ему хочется плакать при мысли о тех, кого он вынужден вскоре оставить.

В этот период вольно или невольно все те, кто окружает больного, начинают избегать с ним общения. Это касается как родственников, так и медицинского персонала. При этом, особенно у родственников, возникает чувство вины за свое такое поведение и даже, порой, невольные мысли желая умирающему более быстрой и легкой смерти. Даже родители больных детей не являются исключением в этой закономерности. Такое отчуждение может показаться окружающим бессердечным родительским безразличием к ребенку. Но родственники и медицинский персонал должны понимать, что эти чувства нормальны и представляют естественных механизмов психологической защиты. Врачу и психологу следует помочь преодолеть у ухаживающих за больным эти чувства и попросить продолжить эмоциональную поддержку умирающего. Именно в этот период больной больше всего нуждается в душевном комфорте и теплоте. Даже чье-то молчаливое присутствие в палате у постели умирающего может оказаться полезнее, чем какие-то слова. Краткое объятие, похлопывание по плечу, пожатие рук скажет ему о том, что о нем заботятся и понимают. Здесь всегда необходимо участие родственников и выполнение, по возможности, любых желаний больного, хоть как-то направленных к жизни и деятельности.

5. Фаза принятия смерти (апатическая) — это примирение с судьбой, больной смиренно ждет своего конца. Измученный болезнью, он желает лишь отдохнуть и уснуть. Это уже прощание, конец жизненного пути. Бывает, правда, и так, что больной, приняв факт своей неизбежной кончины и смирившись с судьбой, вдруг вновь все отрицает на какое то время, строя при этом радужные планы на будущее. Эта амбивалентность поведения и отношения к смерти понятна, так как агония—это одновременно и борьба за жизнь, и отмирание. В этой фазе надо создавать уверенность у больного в том, что он не останется один наедине со своей смертью (контекст — "Я вас не оставлю"). В зависимости от своего духовного потенциала врач на этой стадии может привлечь на помощь религию.

Поскольку все эти фазы прослеживаются и в течение заболеваний, не имеющих смертельного исхода, некоторые авторы добавляют к схеме Элизабет Кюблер-Росс, еще 6-й этап — *фазу возвращения человеческого достоинства, возвращения к жизни* (Свенсон, цит. по Харди И., 1988).

Деление психологических реакций умирающих на этапы иногда критикуют за чрезмерную обобщенность и механистичность. При этом критики опасаются, что это может привести к шаблонности ухода

за больными, пренебрежению их индивидуальными особенностями. Однако эта критика может быть отнесена к любым положениям науки, стремящейся к максимальной обобщенности представления эмпирических фактов. Именно знание основных закономерностей и помогает тщательнее индивидуализировать соответствующие мероприятия в конкретной ситуации.

СОСТОЯНИЕ СОЗНАНИЯ В МОМЕНТ СМЕРТИ

Сознание умирающего человека, особенно в случае хронических заболеваний, постепенно сужается, часто даже отключается от внешнего мира. Поэтому очень трудно получить точные знания о переживаниях человека в последние минуты его жизни. Правда, в религиозной литературе человечеством накоплены многочисленные описания того, что происходит с "душой" человека после смерти. В их основе лежит фундаментальная идея человека о продолжении жизни или сознания после физической кончины тела. Исследователи концепций потусторонней жизни и загробного пути души выявляют поразительные совпадения в описаниях между культурами и этническими группами, географически и исторически разделенными. Например, идея существования рая, куда направляется душа после смерти, встречается наиболее часто.

Особо подробное описание процесса умирания в истории человечества дано двумя культурами — египетской и тибетской. Их священнослужители исполняли непростые ритуалы для облегчения перехода человека в загробный мир и разработали сложнейшие карты и инструкции для посмертного путешествия в нем. В письменном виде эти руководства стали известны на Западе под названием "Книга мертвых" (египетская и тибетская). Есть литературные аналоги их и в европейской культуре — к концу средневековья все они обозначались общим названием "Искусство смерти" (*Ars Moriendi*). В целом все эти литературные источники описывают вопросы значения смерти в нашей жизни и дают описания переживаний человека во время умирания с рекомендациями по уходу за ним. Следует отметить, что на современном этапе знаний исследователи неожиданным образом находят экспериментальные подтверждения некоторым постулированным в древних книгах описаниям, в частности тех особых состояний сознания, которые возникают у умирающих.

Первое научно-эмпирическое исследование состояний сознания человека в смертельно опасных ситуациях проведено швейцарским профессором геологии Альбертом Хеймом (Heim, 1892). Сам пережив несколько несчастных случаев в горах, он заинтере-

совался субъективными переживаниями умирания. Несколько десятилетий А. Хейм собирал наблюдения и отчеты людей, которые пережили ситуации, угрожавшие их жизни — катастрофы, утопления, но преимущественно падения с высоты. Главный вывод из его исследования — поразительное сходство у 95% жертв их ментальных состояний. Все они не испытывали боли, отчаяния или тревоги, которая характерна для людей и в менее серьезных ситуациях. Активность сознания при этом резко усиливалась, а интенсивность и скорость мышления ускорялись в сотни раз. Затем приходило ощущение спокойствия и принятия ситуации на глубинном уровне. Не наблюдалось ни дезориентации, ни замешательства. Течение времени резко замедлялось, а люди действовали с поразительной быстротой и в соответствии с реалистичной оценкой ситуации. Все это сопровождалось неожиданным мысленным проигрыванием всей прошлой жизни. Наконец, человек часто слышал музыку божественной красоты. Согласно Хейму, смертельные падения гораздо более "ужасны и жестоки" для оставшихся в живых, чем для самих жертв.

В 1961 году Карлисом Осисом (Osis K.) и его сотрудниками было опубликовано исследование наблюдений лечащих врачей и медицинских сестер, ухаживающих за умирающими. Исследователь располагал 35540 наблюдениями за процессом кончины, причем 10% больных в момент смерти были в сознании. Большинство из тех, кто умирал в сознании, испытывали ощущение дискомфорта, боли и даже безразличия к происходящему, но только не страха. Примерно у одного из 20 имели место признаки душевного подъема. Нередкими были и странные яркие видения с нечеловеческим содержанием. Некоторые из них более или менее соответствовали традиционным религиозным концепциям — небеса, рай, а другие носили мирской характер — красивый пейзаж, экзотические птицы. Реже больные говорили об ужасающих чертах, аде или иных пугающих видениях. Все эти галлюцинаторные эпизоды носили характер призраков, так как наблюдались при ясном сознании, а работа мозга не была изменена седативными препаратами или болезнью (психозы, травмы, интоксикация).

Профессор психиатрии Руссел Нойес (Noyes., 1972), обсуждая отчеты о переживаниях, написанные людьми, соприкоснувшимися со смертью, выделил в этом процессе три последовательные стадии: сопротивление, обзор жизни и трансцендентальность.

Начальная стадия — *сопротивление* — включает в себя сознание опасности и страха неизбежной кончины. При этом резко возрастает количество энергии, необходимой для совладания с ситу-

ацией, происходит активизация мышления. Воля к жизни как бы придает им силы.

Стадия *обзора жизни*, как правило, следует непосредственно после активных попыток спастись к пассивному уходу. Этот процесс сопровождается отщеплением сознания от телесной формы, что служит источником переживаний существования вне тела. Обзор жизни обычно направлен или с детства к несчастному случаю, или наоборот. Изредка обзор жизни принимает голографическую, а не векторную форму. При этом важные воспоминания разных периодов жизни возникают в сознании одновременно как части единого континуума.

Стадия *трансцендентности* естественным образом вытекает из обзора жизни. Человек обзревает свое прошлое с позиций содержания в нем добра и зла, воспринимает все с возрастающим отдалением. Все видится как единое целое и одновременно четко различима каждая деталь. Постепенно возникает то состояние сознания, которое обозначают как космическое, мистическое, трансцендентальное, то, которое А. Маслоу назвал "пик-переживанием". Оно характеризуется чувством единства или связи с другими людьми, природой и всем миром, превосходством над пространством и временем, связью с духовностью и "высшим знанием". Эти измененные состояния сознания трудно выразить словами, но для перенесших их нет никаких сомнений в их объективности и реальности. Трансцендентальные состояния сознания сопровождаются чувством необыкновенного спокойствия или экстаза.

Врач Раймонд Моуди (Moody, 1976) проанализировал рассказы 150 лиц, перенесших клиническую смерть в отделении реанимации. Многие из них сообщали, что им казалось, что они находились "вне собственного тела", наблюдая со стороны за тем, что делали врачи с их телами. Они сообщали о реальных действиях врачей, словах близких и их жестах. Некоторые говорили о каком-то длинном туннеле, в который их как бы всасывало, а пройдя его, они оказывались в чудной местности с удивительно яркими красками, где многие встречали умерших друзей и родственников. У многих проходили калейдоскопические образы и важные события их жизни и возникало ощущение ослепительно белого света в конце туннеля. Порой они сожалели, что врачи насильственно вернули их из состояния блаженства к реальности.

Работа Моуди нашла широкий отклик у публики, но в научных кругах она была встречена скептически. В последующем данные Моуди нашли некоторое подтверждение у разных исследователей, особенно при сравнении людей разных культур и вероисповеда-

ний. В частности, Ринг (Ring, 1982) сообщает, что из 200 человек, опрошенных после клинической смерти, у 50% обнаруживаются переживания, сходные с описаниями Моуди. Более трети из них сообщали о "пребывании вне тела", 25% говорили, что перед ними "прошла" вся жизнь и более половины "видели" вдали свет, в который многие "вошли".

Полагают, что все наблюдения изменений состояний сознания у умирающих, возможно, объясняются врожденным предрасположением, свойственным человеческому роду. Однако некоторые высшие млекопитающие "чувствуют" приближение собственной смерти или смерти одного из их близких. Все это наводит на мысль, что речь здесь идет, возможно, о каких-то общих закономерностях адаптации.

Считается также, что гипоксия мозга при умирании человека является основным "возбудителем" определенных структур мозга, хранящих память об этих, хотя и индивидуально разнообразных, но в общих тенденциях однотипных перинатальных и трансперсональных переживаниях. Возможно, что именно эти "матрицы памяти" могут возбуждаться психоделиками (ЛСД), сенсорной стимуляцией или, напротив, сенсорной депривацией, а также гипнозом, лишением сна, техниками медитации или духовной практики и рядом патологических состояний мозга при психозах, травмах и стрессе.

Кроме того, открытие эндорфинов — собственных "наркотиков" мозга, выделяющихся во все критические моменты жизни, позволяет объяснить состояние блаженства, в котором находятся многие люди в момент смерти. Возможность получения измененных состояний сознания с помощью психоделиков, вдыхания "смеси Медуны" (кислород — 70% и углекислота—30%), управляемого дыхания, ритмичной музыки и других техник широко используется для их научного изучения (картографии бессознательного), а также нашло применение в терапии, в том числе и психотерапии терминальных больных.

Психоаналитические концепции. Фрейд в работе "По ту сторону принципа удовольствия" выдвинул идею о том, что организм был бы уничтожен полным энергией внешним миром, если бы не был снабжен специальным защитным механизмом, действующим как барьер для раздражителей. Оскар Пифстер (Pifster O., 1930) счел эту концепцию полезной для понимания механики переживаний, возникающих в момент сближения со смертью. Согласно его концепции, шоковые фантазии спасают человека от избыточной эмоциональной травмы и действуют как защитный механизм, оберегающий индивида от потери бодрствующего сознания и ухода в сон или обморок. Следовательно, такой механизм подобен сновидению, охраняющему сон. Когда угроза слаба, человек

отреагирует, утратив способность говорить и двигаться. Сильная угроза приводит к высокой степени активности, стимуляции мышления. Когда реально бороться с опасностью больше нет смысла, ориентация на реальность выключается и подавленные фантазии вступают в действие. Бегство в трансперсональное переживание рая, согласно психоаналитическим концепциям, является регрессией в период безопасного перинатального существования. Пифстер, обсуждая природу сознания, высказывается в пользу того, что сознание несет в себе и бессознательные элементы, поскольку содержит знание об опасности, активизирующееся при шоковых переживаниях.

Картография бессознательного С. Грофа (Grof S., 1971). На основании изучения влияния на психику ЛСД и влияния ряда нефармакологических способов воздействия на сознание, в частности управляемого дыхания, С. Грофом разработана оригинальная концепция строения бессознательной психики, а также предложены на ее основе своеобразные психотерапевтические методики, в частности "психоделическая" и "голотропная" психотерапия. При психоделической терапии используется прием психоделиков (ЛСД), а при голотропной терапии применяется методика управляемого дыхания для получения и использования в лечебных целях измененных состояний сознания. Теоретические и практические подходы С. Грофа обнаруживают связь с психоанализом и телесно-ориентированной биоэнергетикой (есть ее различные направления, но в основе их всех лежат идеи о наличии некоей всеобщей мистической природной энергии).

По мнению С. Грофа, за областью индивидуального бессознательного лежат более глубокие и труднодоступные — перинатальная и трансперсональные его сферы. В *индивидуальном бессознательном* конденсируются индивидуальные психологические травмы, незавершенные гештальты, биография человека. Характер процессов в этой области весьма схож с явлениями, которые описывает З. Фрейд.

В **перинатальной** области обнаруживаются "системы конденсированного опыта", содержащие память о процессах рождения и смерти. Например, во время сеансов управляемого волей дыхания ("голотропное дыхание") на определенном этапе у человека возникают своеобразные ощущения боли и умирания. Причем подчеркивается, что человек ощущает себя как будто перешедшим свои индивидуальные границы и переживающим боль целой группы людей, всего человечества. Именно такие переживания встречаются и у человека в состоянии клинической смерти.

С. Грофом подробно описывается картография перинатальной области бессознательного с выделением четырех "базовых перинатальных матриц" (БМП), каждая из которых имеет собственное эмоциональное и психосоматическое содержание. БМП-1 интегрирует опыт биологического единства с матерью во внутриутробном периоде жизни (переживания единения с природой и космосом, удовлетворения любых потребностей). БМП-2 отражает процесс начала рождения, когда шейка матки

еще закрыта (прежнее равновесие нарушается периодическим "давлением" с пульсирующими переживаниями "поглощения" чем-то космическим, бесконечной боли и безысходности). БМП-3 характеризует уже процесс продвижения плода по родовому каналу (нарастание страданий, но уже с оттенком удовольствия и появлением "вулканического" типа экстаза). БМП-4 биологически связана с непосредственным выходом ребенка из чрева матери, когда снижается внешнее давление ("иллюминативный" тип экстаза с видениями больших помещений и яркого света, ощущениями счастливого спасения). В более поздних работах Грофа (1988) им была добавлена еще одна БМП, которая располагается между второй и третьей матрицами.

Трансперсональная сфера размещается глубже перинатальной и является частью психики, в которой наиболее полно проявляются эффекты коллективного бессознательного (Jung C.G.). Их общим знаменателем является ощущение выхода сознания за привычные границы Его, времени и пространства. Хотя мы встречаемся с трансперсональным опытом уже на перинатальном уровне, здесь же переживания человека в этом плане становятся наиболее яркими — "эмбриональные воспоминания", идентификация себя с животными, растениями и даже неживой природой. К этой категории относятся случаи видения абстрактных архетипических паттернов, интуитивное понимание универсальных символов (крест, инь—янь, свастика, пентаграмма, шестиконечная звезда). Случаи телепатии, ясновидения и ряд других парапсихологических феноменов также относятся к этой области.

ТЕРМИНАЛЬНЫЙ БОЛЬНОЙ И КАЧЕСТВО ЕГО ЖИЗНИ

Характер и широта работы с умирающим от неизлечимой болезни или по причине старости зависят от физического состояния и особенностей его личности, а также от эмоциональной настроенности, мировоззрения и прочих обстоятельств.

Главная психологическая мишень, на которую нацелены психо-коррекционные воздействия, что всегда следует учитывать при общении с терминальным больным, — это *страх пациента* перед установлением врачами "смертельного" диагноза (рак, СПИД), мучительными болями, а также самой смертью.

"Правдивость" у постели больного есть всеобщая тенденция современности, и это касается не только врачей, но и родственников больных и всех тех, кто занимается уходом. Одновременно следует избегать и чрезмерной откровенности в этих ситуациях — врач не должен быть многословен. Отношения его с больным должны строиться на взаимном доверии. Следует при этом учитывать динамику психологических реакций у терминальных боль-

ных, описанную Кюблер-Росс, особенности конкретной ситуации. Если у больного выраженная реакция отрицания и он не желает знать о смертельных болезнях, то и говорить на эти болезненные темы, "навязывать" больному правду не следует, если это не мешает терапии.

Изменения личности, ее перестройка, возникающая в результате хронического неизлечимого заболевания, измененное состояние сознания больного также часто не позволяет сообщать ему всю правду о состоянии. В беседах с больным важно учитывать то, что больной действительно хочет знать и чего он боится. Именно это является ориентиром в разъяснении больному сущности болезни для оптимального проведения лечебных мероприятий. Не следует и препятствовать возможной личностной трансформации больного в направлении "третьей действительности", т.е. иррациональности, религии и т.д. Часто именно иррациональность, вера в "жизнь после смерти" помогает больному справиться с печалью и чувством овладевающего одиночества.

Требование правдивости касается и очень ответственного для врача момента — сообщения диагноза больному. В настоящее время преобладающей является тенденция дозированного и доступного разъяснения тяжело больному или умирающему причин и особенностей его состояния. Одновременно с открытием диагноза всегда следует давать в приемлемой форме и надежду. По возможности следует сразу сделать и терапевтическое предложение. Тем самым мы обещаем больному, что не оставим его одного. Что касается момента сообщения диагноза, то многие считают лучшим вариантом наиболее раннее информирование больного — уже в связи с первым же подозрением или первой консультацией.

Большое значение имеет привлечение родственников к эмоциональной поддержке больного. Врач должен учитывать индивидуальную систему семьи и семейных отношений. Следует избегать слишком большого информирования семьи о состоянии больного с одновременной недостаточностью представления такой информации самому больному. Желательно, чтобы больной и родственники находились на примерно одинаковом уровне владения информацией о болезни — это способствует большей консолидации семьи, мобилизации резервов семейной группы, содействию психологической проработки скорби у больного и членов семьи. Э. Кюблер-Росс считает, что психологические реакции родственников больного в таких ситуациях соответствуют приблизительно таковым у самих больных.

Когда исчерпаны возможности патогенетического лечения основного заболевания, для облегчения страданий больного прибегают к симптоматическому, паллиативному лечению. Под паллиативным лечением (лат. *palliat* — покрытый плащом) понимают применение лекарств, средств и методов, которые приносят временное облегчение, но не излечивают болезнь. Главной его целью является создание максимально возможного комфорта для больного, улучшение качества его жизни. Особенно это важно для больных обреченных, медленно умирающих (например, от онкологического заболевания). Главным здесь является не только продление жизни, но и создание условий для того, чтобы оставшаяся жизнь для больного была более комфортабельной и значимой.

Важным нововведением в уходе за смертельно больными стал лечебный эксперимент, проводившийся с 1967 года в приюте Святого Христофора в Лондоне под руководством доктора Сесилии Сандерс. Главным в деятельности этого приюта стало стремление сделать все, чтобы дать возможность пациентам полноценно и комфортабельно жить до самого дня кончины. Основная идея *хосписов*, или мест умирания, не идея ускорения смерти как можно более законными и безболезненными путями, а идея облегчения страданий во время умирания с сохранением сознания. С подобными целями обитателям хосписа назначают специальную микстуру, состоящую из морфия, кокаина и алкоголя, окружают их заботой, друзьями и родственниками. Режим и вся атмосфера здесь гораздо более свободны и неформальны по сравнению с обычной больницей. Подход, практикуемый в приюте, соединяет хорошо организованный уход и медицинское мастерство с состраданием, теплом и дружелюбием. Работа Сандерс имела явно религиозный акцент, но носящий не сектантский характер и не сводимый к канонам какой-то одной избранной религии.

Современными организационными формами для проведения паллиативного лечения являются хосписы, специализированные отделения или центры для лечения больных СПИДом, геронтологические отделения в многопрофильных или психиатрических больницах. Хосписная служба обычно ориентирована на помощь incurable онкологическим больным и их родственникам и близким. Программа действий в хосписе рассчитана в первую очередь на паллиативный уход за больными, обезболивание, оказание психологической поддержки им и их семье. Как правило, хоспис имеет в своем составе стационар и выездную службу, осуществляющую патронаж больных. Работу по уходу на дому проводят специально подготовленные медицинские сестры. Психологическая поддержка больных осуществляется психологом и социальным работником.

Условия работы для персонала хосписа считаются тяжелыми (Гнездилов А.В., 1995), т.к. высок уровень психических нарушений у пациентов (у 60-70%), выраженной неврологической патологии ("спинальные" больные с парезами и параличами составляют 30-40%). Особую проблему представляют так называемые "грязные больные" с разлагающимися опухолями, выводами прямой кишки, свищами и т.д., а также постоянное соприкосновение персонала со смертью. Эти особенности вызывают текучесть кадров, а у части персонала могут возникать невротические расстройства, депрессия, психосоматические нарушения. Большое значение в работе хосписов придается привлечению к уходу за больными и их психологической поддержке непрофессионалов из числа лиц, добровольно соглашающихся на этот труд из побуждений гуманизма и человечности — волонтеров, а также создание на базе хосписа различных общественных организаций и общин.

Глава 32

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

По определению французского философа и социолога Эмиля Дюркгейма (1858-1917), *суицид* (от англ. suicide) — намеренное лишение себя жизни. В случаях завершённых суицидов это намерение легко заподозрить, но очень трудно доказать. Одним из способов выяснения намерений суицидентов является так называемая *психологическая аутопсия*, поэтому специалист должен как можно раньше побеседовать со всеми близкими жертве людьми и зафиксировать их реакции и воспоминания об ушедшем, пока они еще свежи. Самоубийство и покушение на самоубийство составляют объект междисциплинарной области знаний — *суицидологии*, которая в последние годы интенсивно развивается во многих странах мира.

Самоубийство находится в ряду первых причин смертности трудоспособного населения, а покушение на самоубийство приводит к утрате трудоспособности и часто влечет за собой необратимые нарушения здоровья, инвалидность. Например, только в США каждый год появляется около 30 тыс. сообщений о совершённых суицидах. По данным за 1988 год, в России совершалось 24 самоубийства на 100 тыс. населения. Несомненно, что истинное число самоубийств еще выше, поскольку о реальной причине смерти не всегда сообщается, или эта причина скрывается под таким названием, как "смерть от несчастного случая". Изучение статистики самоубийств в России показывает, что число суицидальных попыток примерно в восемь раз превышает число зарегистрированных завершённых самоубийств (Абрумова А.Г., 1984), а некоторые американские исследователи считают, что эта цифра на порядок выше — 80-100 попыток.

Культурологический и этнопсихологический аспект проблемы самоубийств находит отражение в факте неодинаковой распространенности аутоагрессивного суицидального поведения в различных регионах мира. В частности, известно, что наиболее высока распространенность самоубийств в Венгрии, а в России — в Удмуртии и Марий Эл. Роднит представителей данных регионов их фино-угорские корни. Именно данный факт позволяет трактовать выбор суицидального поведения как признак влияния этнокультуральных особенностей (Менделевич В.Д., 1998).

Для большинства людей самоубийство является формой поведения, как бы свидетельствующей о безумии человека. Однако это предубеждение мало обосновано, т.к. 70-85% всех самоубийств совершают лица, которые психическими заболеваниями не страдают.

Еще в начале века известный русский правовед А.Ф. Кони заметил, что самоубийство стало превращаться в болезнь общества, "в недуг, все более надвигающийся на людское общежитие". Проблема суицидов является наиболее серьезной в индустриально развитых странах, причем уровень самоубийств у мужчин примерно в три раза выше, чем у женщин.

Существуют люди, являющиеся суицидальными личностями, но этого не признают ни их друзья, ни родственники. Их поведение может быть направлено на смерть из-за отчаяния и невыносимости жизненных препятствий. Такое поведение Э. Дюркгейм еще в 1897 году назвал "символическим суицидом". Позднее все типы поведения, над которыми у человека есть реальный или потенциальный волевой контроль, но которые способствуют продвижению индивида в направлении более ранней физической смерти, стали определять как *саморазрушающее поведение*. Такое поведение, которое сокращает жизнь человека, также еще определяют как "частичное", "полунамеренное", "скрытое" самоубийство, "бессознательное суицидальное поведение" или "суицидальный эквивалент". К саморазрушающим типам поведения обычно относят злоупотребление алкоголем или наркотиками, игнорирование серьезных болезней, чрезмерную работу, переедание или курение. Суицидальный эквивалент может быть закамуфлирован увлеченностью "смертельными" играми или "рискованными" видами спорта, случаями фанатической храбрости с желанием отдать свою жизнь за какие-либо религиозные или социальные идеалы.

Главными характеристиками непрямого суицида является отсутствие полного осознания своих поступков в этом направлении, такое поведение рационализируется или вовсе отрицается, открытое обсуждение этих тенденций крайне редко, вторичная выгода может быть извлечена из сочувствия или проявления враждебности во время саморазрушения, окружающим смерть жертвы почти всегда кажется случайной. Хотя не прямое самоубийство является менее очевидным, результаты его не менее легальны.

Основной детерминантой суицидального поведения является социально-психологическая дезадаптация личности в условиях межличностного или внутриличностного конфликта, когда суицидент не может найти адекватного способа его разрешения. Психологическое состояние, в котором принимается решение о самоубийстве, характеризуется как *кризисное*. В острых кризисных состояниях человек испытывает целую гамму негативно окрашенных эмоций—чувство беспомощности, ущербности, отчаяния, безнадежности, личной катастрофы. Другой формой протекания кризиса является безразличие к жизни и желание уйти из нее.

Этиология суицидального поведения достаточно сложна, в ней обнаруживается целый комплекс разнообразных психологических и социальных факторов. Как уже отмечалось, высокие показатели суицидов коррелируют с мужским полом, а также увеличением возраста, вдовством, отсутствием семьи и детей, высокой плотностью населения, проживанием в крупном городе, высоким общим жизненным стандартом страны, экономическими кризисами, состоянием алкогольного опьянения, некоторыми психическими нарушениями и соматическими заболеваниями. Очень высок риск суицида у лиц, злоупотребляющих алкоголем. Алкоголизм имеет отношение к 25-30% самоубийств. Длительное злоупотребление алкоголем способствует усилению депрессии, чувства вины и психической боли, которые, как известно, часто предшествуют суициду.

Следует заметить, что представители различных научных направлений, последователи различных психологических школ по вопросу о суицидах не имеют полного согласия. Основатель психоанализа З. Фрейд является автором наиболее ранней попытки психологического толкования суицида. Позднее это выразилось в его утверждениях о существовании инстинкта смерти. Работа Фрейда "Печаль и меланхолия" посвящена его теории суицида.

Причинами самоубийств следует заниматься многосторонне, поскольку речь идет об очень сложном явлении. Самоубийство нельзя схематически отождествлять с психическим заболеванием, хотя несомненно то, что обычно речь идет о людях с ранимой психикой, подверженных различным социальным нагрузкам. Наиболее частыми причинами суицида обычно называют депрессию и агрессивность личности, направленную против себя самой. Эти реакции часто приводят первоначально суицидента к врачу. В частности, И. Харди (1988) сообщает, что 60-70% всех самоубийц до этого трагического события посещали врача, получали от него какое-либо лечение. Среди причин посещения врача фигурируют прежде всего различные проявления депрессии, часто эти депрессии носят соматизированный характер ("вегетативные, скрытые депрессии"). Трудной задачей для врача являются и больные с ипохондрическим состоянием, которое нередко "неожиданно" заканчивается самоубийством. В одном из исследований среди пациентов, которые открыто высказывали суицидальные мысли, у 37% диагностирована невротическая депрессия, у 13% — личностные расстройства, у 8% — психотическая депрессия, у 19% — шизофрения, а у остальных каких-либо психических расстройств выявлено не было (Beck A., Steer R. и др., 1985).

О самоубийстве известно с самого начала человеческой истории. Отношение к самоубийству было различным от века к веку и от цивилизации к цивилизации. Значение и смысл суицидального поведения менялись на различных этапах исторического развития общества.

В определенные периоды самоубийства у некоторых народов рассматривались как социальная норма. В античности человек, принявший решение лишить себя жизни, совершал этот поступок открыто, с сознанием собственного долга и правоты. Но и в эти времена были в Древней Греции несогласные со стоицизмом и эпикуреизмом, философскими школами, которые приветствовали добровольное желание человека расстаться с жизнью. Платон и Сократ считали, что с моральной точки зрения суицид никогда не может быть оправдан.

С течением времени общество стало в целом реагировать на случаи самоубийства враждебным образом. Религиозная традиция накладывает на самоубийства табу, рассматривая покушение на собственную жизнь как отвержение Бога и обещания вечной жизни. В знак позора возник обычай хоронить самоубийц на распустьях дорог, их тело подвергалось оскорблениям. В этой атмосфере легко возникали суеверия о призраках самоубийц. Считалось, что если беременная женщина наступала ногой на могилу самоубийцы, то ее дитя обязательно разделит его судьбу. В странах, где сильно было влияние иудейской, христианской или мусульманской религии, самоубийство стало совершаться тайно, с чувством вины перед близкими и богом. Религиозные запреты находили отражение в уголовном и гражданском кодексе некоторых стран. Желание избежать гласности связано с негативными последствиями суицида — заключением покушавшегося на свою жизнь в тюрьму, лишением прав наследования для родственников самоубийцы.

На протяжении развития человеческого общества вопрос о борьбе с самоубийствами возникал неоднократно. Необходимость превенции (предупреждения) суицида многими отрицалась. В качестве доводов социал-дарвинистами, например, приводились аргументы, истолковывающие самоубийство как результат регулирующего воздействия в человеческой популяции естественного отбора, что следует оценивать как положительное явление.

Ненужность и даже аморальность борьбы с самоубийством обосновывались также с точки зрения того, что суицид является частным делом каждого человека, ему следует позволить умереть, если он этого хочет. Создание препятствий в реализации этого акта следует расценивать как покушение на свободу личности. Эти псевдогуманные идеи были доведены до абсурда французским психологом Бине-Сангле, призывавшим к созданию особого медицинского учреждения, помогающего желающим совершенно безболезненно расстаться с жизнью.

В противовес последней точке зрения ряд известных американских суицидологов факт суицида трактуют как своеобразный призыв к окружающим, "крик о помощи". По словам Джастиса Кордоза, этот "крик о помощи" является призывом к спасению". Сегодня, на фоне растущей

сложности человеческой жизни, мы должны признать, что суицид является чем-то большим, чем просто частное, личное решение — это болезнь цивилизации.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ СУИЦИДЕНТА

Ряд исследователей находят черты сходства некоторых личностных характеристик во время переживания человеком острого суицидального состояния с личностными особенностями лиц со стойкими суицидальными тенденциями (Абрумова А.Г., 1984; Слуцкий А.С., Замад-воров М.С., 1993 и др.). В состоянии суицидального кризиса обычно всегда "включенными" в суицидальный акт оказываются интегральные общие личностные свойства когнитивного, эмоционального и поведенческого планов. К таким характеристикам наиболее часто относят эгоцентрические особенности самосознания суицидента, сочетающиеся с его негативным отношением к себе, с ауто-агрессивностью и пессимистическими личностными установками, а также внутреннюю и ситуационную ригидность поведенческих стереотипов.

Самосознание суицидента отличается *эгоцентризмом*, но этот эгоцентризм имеет непривычный для нашего понимания парадоксальный смысл. Об эгоцентризме при суицидальном поведении говорит уже тот факт, что в этом кризисном состоянии человек весь погружен в себя, свои мучительные переживания, свои страдания, а все остальное, например семья и дети, перестает существовать. Так, мать, обычно заботливая и любящая своих детей, в состоянии суицидального кризиса может подготовить и совершить попытку суицида. "О детях даже не вспомнила," — может сказать она после того, как ее спасли.

Аутоагрессия, наряду с пессимистической личностной установкой, также является определяющим свойством поведения суицидента. Аутоагрессия определяется как негативное отношение к себе. Однако негативное отношение к себе имеет место и у невротика, который также считает себя жизненным неудачником, остро переживая свою неполноценность и недееспособность. У суицидента негативное отношение к себе достигает своих крайних форм.

Аутоагрессии обычно всегда предшествует гетероагрессия в отношении близких родственников, которая выражается в подозрительности, необоснованных обвинениях. Клиническая практика показывает, что косвенно гетероагрессия подтверждается и равнодушно-спокойным отношением к случаям самоубийства

близких к суициденту людей, к трагической смерти конкретного знакомого человека и вообще к смерти. Положительная или нейтральная оценка подобных действий также может являться критерием для включения этих лиц в группу риска. Отсюда также понятно, что попытки родных воздействовать на суицидента, убедить его в возможности выхода из кризиса, указать на позитивные моменты в его жизни часто вызывают обратный эффект — противодействие и отпор и лишь усиливают аутоагрессию, пессимистическую личностную установку и депрессивные настроения.

Пессимистическая личностная установка распространяется главным образом на перспективы выхода из кризиса. Она является наиболее интегральным психическим образованием при суицидальном поведении. По мнению Д.Н. Узнадзе (1961), установка — это неосознанное состояние психофизиологической готовности к определенному действию и поведению. Установка включает в себя как когнитивный, так и эмоциональный и поведенческий компоненты. Для суицидальной установки это: суицидальные мысли и намерения, эмоции, в которых преобладают депрессия и тревога, чувство вины, а также подготовка к реализации суицидальных действий. Если на ранних стадиях кризиса преобладают суицидальные мысли, а эмоциональный и поведенческий компоненты выражены слабее, то на поздних фазах преобладание получают суицидальные действия — подготовка и исполнение акта суицида.

Пессимистическая личностная установка обычно плохо поддается психотерапевтической коррекции, что также объясняется *парано-яльностью суицидального состояния*. Парано-яльная акцентуация характера отличается ригидностью нервно-психических процессов, стереотипностью в форме следования готовым мыслительным стереотипам и поведенческим паттернам, моральным догматизмом, обидчивостью со склонностью к образованию сверхценных идей. Все это утяжеляет характер суицидального поведения у такой личности. При дезадаптации такие индивиды могут пытаться совершить суицид чаще, чем другие лица.

Конечно, далеко не все суициденты являются парано-яльными личностями. Однако почти все суициденты обнаруживают парано-яльность не как свойство характера в преморбиде, но как характеристику суицидального состояния с практически всеми присущими ему признаками. Например, известно, что примерно треть от числа совершивших попытку самоубийства повторяют ее в течение года, а среди душевнобольных суицидентов этот риск возрастает до 60%. Эти данные говорят о ригидных стереотипных реакциях, которые находят отражение в самосознании человека, в данном случае в песси-

мистической установке, что это обусловлено не ситуациями, а какими-то внутренними механизмами. Высокая резистентность пессимистической личностной установки по отношению к психотерапии также свидетельствует о ригидности.

Структуру ценностного сознания у паранояльной личности следует оценивать как дисгармоничную. В ней одна ведущая ценность (семья, ребенок или научное изобретение) приобретает сверхценный характер и девальвирует, оттесняет на задний план все другие ценности. В этом и состоит в данном случае повышенная опасность возникновения суицидального кризиса — если "главная ценность" теряется (например, уход из семьи любимого мужа), то и вся жизнь обесценивается, рушится вся пирамида ценностей.

Нечто подобное можно видеть в системе ценностей суицидента. Но если ценности личности в норме при хорошей адаптации носят жизнеутверждающий характер, связывают человека с жизнью, то в состоянии дезадаптации место ведущей ценности занимают ценности негативного плана. При суицидальном поведении такой "сверхценностью" становятся идеи ухода из жизни как иллюзорного выхода из кризиса, разрушившего всю имевшуюся систему ценностей личности суицидента. Подкрепляясь другими компонентами суицидального поведения, т.е. аутоагрессией, депрессией, суицидальными мыслями и мотивами, она превращается в ценность—цель и ведет к трагической развязке.

Диагностика суицидального поведения

Суицид и категория цели. По определению Дюркгейма, суицид является намеренным и осознанным лишением себя жизни. Однако саму суицидальную попытку следует рассматривать не только как цель, но и как средство для достижения цели. Целью истинных самоубийств является лишение себя жизни, здесь цель и средства совпадают. Однако суицидальная попытка может предприниматься не с целью умереть, а для решения какой-либо другой проблемы. Таким образом, категория цели дает возможность отдифференцировать истинный суицид от внешне сходных вариантов самоповреждений.

Демонстративно-шантажное поведение своей целью предполагает не лишение себя жизни, а демонстрацию этого настроения. Такая демонстрация подчас оканчивается завершенным суицидом вследствие недоучета реальных обстоятельств. *Самоповреждения и членовредительство* вообще не направляются представлениями о смерти, их цель может ограничиваться только лишь повреждени-

ем какого-либо органа. И, наконец, опасные для жизни действия, направляемые иными целями, следует относить к *несчастливым случаям*.

Таким образом, одни и те же действия могут квалифицироваться по-разному в зависимости от цели, которую они преследуют. Например, самопорезы в области предплечий могут быть отнесены:

1) к истинным суицидальным попыткам, если конечной целью была смерть от кровопотери;

2) к разряду демонстративно-шантажных покушений, если целью была демонстрация окружающим желания умереть при отсутствии такового;

3) к самоповреждению, если цель была испытать физическую боль, как это бывает у психопатических личностей в периоды аффективных разрядов или при наркотическом опьянении;

4) к несчастным случаям — если по бредовым мотивам самопорезы преследовали цель "выпустить из крови бесов".

Внимательный анализ целей жизнеопасных действий особенно необходим у психических больных. Так, в состоянии делирия выпрыгивание больного из окна в одном случае расценено как истинная суицидальная попытка, поскольку целью была смерть как избавление от преследования; в другом — как несчастный случай, т.к. больной, будучи дезориентирован, "выбежал" в окно, посчитав, что находится на первом этаже здания. Известны случаи, когда больные ложились на проезжую часть дороги, чтобы доказать свое бессмертие или прыгали с высоты с целью "полетать" над городом. Подобные примеры не могут быть отнесены к истинным суицидам, являются несчастными случаями, несмотря на их операционное сходство.

Суицид и категория личностного смысла.

Суицидальное поведение всегда полимотивировано. Такая полимотивация не исключает, а предполагает иерархию мотивов. В.А. Тихоненко (1978) выделяет пять типов суицидального поведения, т.е. пять типов ведущих мотивов: протест, призыв (к состраданию), избегание (душевных или физических страданий), самонаказание и отказ от жизни (капитуляция).

Система мотивов при суицидальном поведении всегда находится в напряженной динамике. В ней происходит борьба витальных и антивитальных, деструктивных мотивов, воплощенных в пессимистической личностной установке. Это борьба с непредсказуемыми последствиями. Если активен витальный мотив (например, чувство долга), тогда процесс развития суицидального поведения приостанавливается. Иногда какое-то событие может сыграть роль детонатора, последнего толчка и подтолкнет суицидента к конечной фазе —

суицидальному акту. Один из указанных мотивов суицида обычно выступает в качестве ведущего, другие могут к нему присоединяться или отсутствовать. Тот или иной тип суицидального поведения проявляется в зависимости от возраста, типа личности суицидента, а также ситуации, провоцирующей суицид.

1. Суицидальное поведение по типу

"протеста"—предпола

гает нанесение ущерба, мести обидчику, т.е. тому, кто считается при

чиной суицидального акта: "Я вам мщу, вам будет хуже от моей

смерти". Такая попытка предполагает стеничность, агрессию, рабо

тают механизмы переключения с гетероагрессии на аутоагрессию.

Встречается чаще у мужчин молодого возраста (от 18 до 30 лет),

мотивируется интерперсонально, конфликты чаще в жилищно-бы-

товой сфере и носят острый характер.

Пресуицидальный период ко

роткий, попытка совершается в виде самопорезов на глазах окружа

ющих, причем до 80% случаев в состоянии алкогольного опьянения.

Психическое состояние определяется как острая психопатическая

реакция — истерическая или эксплозивная с аффектом обиды и гне

ва. Суицид чаще совершают лица, злоупотребляющие алкоголем или

страдающие органическими заболеваниями ЦНС.

2. Суицидальное поведение по типу

"призыва"— смысл состо

ит в активации помощи извне с целью изменения ситуации. Также

встречается чаще у молодых людей от 18 до 30 лет, но преобладают

женщины. Суицид обычно совершается в вечерние часы, чаще спо

собом самоотравления. Возникает остро или подостро, психический

статус суицидента определяется как реактивная депрессия с пережи

ванием обиды, жалости к себе, отчаянием. Чаще встречается у пси

хопатических личностей астено-депрессивного круга.

Как и протест-

ное, призывное суицидальное поведение обычно характерно для лиц

с инфантильным личностным складом, которому присущи эгоцент

ризм, негативизм, эмоциональная неустойчивость.

3. Суицидальное поведение по типу

"избегания"—проявляется

в ситуациях угрозы наказания, а смысл суицида заключается в по

пытках избегания угрозы или при ожидании психического или физи

ческого страдания. Характерен для более старших возрастных групп,

суицид совершают мужчины и женщины старше 30 лет — обычно инвалиды, разведенные и вдовы, чаще в трезвом состоянии в утренние часы путем самоповешения, самоотравления. Если алкоголь и принимается, то после решения о суициде. Пресуицидальный период более растянут во времени.

4. Суицидальное поведение по типу "самонаказания" — определяется переживаниями вины реальной, или это патологическое чувство вины. Самонаказание можно обозначить как протест во

внутреннем плане личности при своеобразном расщеплении "Я", где есть "Я" подсудимый и "Я" судья. Среди суицидентов мало инвалидов, преобладают женщины с достаточно высоким образовательным и общественно-социальным уровнем, состоящие в браке. Суицид совершается чаще в утренние часы и совсем редко в опьянении. Пресуицидальный период длительный, а само самоубийство совершается жестоким способом.

5. Суицидальное поведение по типу "отказа" от жизни — здесь цель и мотивы деятельности полностью совпадают. Мотивом является отказ от существования, а целью является лишение себя жизни: "Я умираю, чтобы умереть". Этот тип суицида связан с потерей личностного смысла своего существования (например, в связи с потерей значимого близкого человека, в связи с тяжелым заболеванием, особенно неизлечимым) и невозможностью исполнять прежние, высоко значимые роли. Такой мотив, как отказ, часто характерен для весьма зрелых, глубоких личностей и может выражать не только отношение к лично невыносимой ситуации, но и философски пессимистическое отношение к миру в целом. Такой суицид чаще совершают мужчины старше 40 лет, в трезвом состоянии, в ранние утренние часы. Этот тип суицидального поведения наблюдается также при субдепрессиях, циклотимии, шубообразной шизофрении и у лиц с психопатиями астенического круга.

В литературе менее освещен вопрос относительно суицидов у практически здоровых в периоды переживания какого-либо стресса, фрустрации, острых конфликтных эпизодов, более широко — психологического кризиса. Есть мнение, что в случаях суицида у психически здоровых лиц, психологический кризис на своей высоте все равно переходит на клинический уровень в течение короткого времени (По-лищук Ю.И., 1993). Тем не менее, наряду с этим выдвигается и представление о том, что сам акт самоубийства, совершаемый психически здоровыми людьми, представляет собой во многих случаях непатологическую психологическую, "общечеловеческую" реакцию личности на экстремальные обстоятельства.

Известным отечественным суицидологом Амбрумовой А.Г. и ее сотрудниками (1983, 1988) выделено шесть типов непатологических суицидоопасных ситуационных реакций, которые встречаются у психически здоровых лиц в состоянии социально-психологической дезадаптации личности в условиях микросоциального конфликта. *Ситуационная реакция* — понимается как модус поведения личности, определяемый ее позицией, исходящей из собственной концепции данной ситуации. Она представляет собой оформленный структурированный ответ на ситуационную нагрузку с определенным образом эмоционально окрашенным состоянием и соответствующим ему поведением. Вид, тип, направ-

ленность и структуру реакций определяют особенности личности человека, причем очень важна значимость для личности данной ситуации. Отсюда у разных индивидуумов на сходные ситуации возникают разные реакции.

Пессимистическая ситуационная реакция — отчетливое изменение мироощущения с мрачным мировоззрением, негативными суждениями и оценками, с переструктурированием системы ценностей. Риск суицида очень высокий.

Реакция отрицательного баланса — характеризуется рациональным подведением жизненных итогов, пессимистической оценкой прожитого и будущего, твердым решением не жить. Риск суицида очень высокий.

Реакция дезорганизации — в ее основе тревожный компонент, выраженные соматовегетативные проявления, чаще по типу кризов, нарушения сна. Характеризуется эта реакция "потерей точки опоры". Реакция идет с сигналом бедствия, высоким суицидальным риском. Возможен выход в быструю реализацию суицида.

Реакция эмоционального дисбаланса — имеет место отчетливое превалирование гаммы дистимических расстройств настроения, сокращение круга социальных контактов. Риск суицида средней степени.

Реакция демобилизации — отличается резкими изменениями в сфере контактов, мучительным переживанием одиночества, безнадежности. Характеризуется душевным дискомфортом, чувством отвергнутое™. Суицидальный риск средний.

Реакция оппозиции — характеризуется выраженной экстрапунитивной позицией личности, повышающейся степенью агрессивности, возрастающей резкостью отрицательных оценок окружающих и их деятельности. Суицидальный риск средний.

Обычно протяженность непатологических ситуационных реакций у психически здоровых лиц варьирует от нескольких дней до трех месяцев с постепенным полным возвращением индивидуума к прежнему социально-психологическому статусу.

У лиц с выраженными акцентуациями характера автор выделяет *переходные ситуационные реакции*, которые, еще не являясь психопатологическими симптомами, служат выражением нормальных, хотя и акцентуированных личностных реакций в

288

экстремальных ситуациях. К ним относятся:

- 1) реакция эгоцентрического переключения;
- 2) реакция душевной боли (психалгия);
- 3) реакция переживаний негативных интерперсональных отношений.

В ряде случаев эти реакции у акцентуированных личностей могут при их углублении трансформироваться в психопатологические феномены:

- 1) реакции эгоцентрического переключения — в синдром аффективно-суженного сознания с фиксированным вазо-вегетативным компонентом;

2) реакции психалгии — в психогенные депрессии и депрессивные реакции;

3) реакции негативных интерперсональных отношений — в аффективно окрашенные, обсессивные, сверхценные, реже субпараноидные образования с идеями отношения.

Существенно то, что при переходе реакций у акцентуантов в их клинические феномены риск суицида заметно снижается. Продолжительность реакций, трансформированных в их клинические аналоги, составляет обычно от 1 до 3 месяцев.

Постсуицидальное состояние

Постсуицидальное состояние имеет свою клинику, структуру, несет в себе прогностические критерии на будущее и оценку текущей диагностики суицидального поведения. Типы постсуицидального состояния классифицируют на основании трех критериев: актуальность конфликта после суицидальной попытки, наличие или отсутствие критического отношения к суициду, наличие или отсутствие суицидальных тенденций.

1. Критичное постсуицидальное состояние — конфликт утратил свою актуальность, суицидальные действия как бы "разрядили" пресуицидальную напряженность. Отношение к суициду негативное. Вероятность повторного суицида минимальна.

2. Манипулятивный тип постсуицидального состояния — актуальность конфликта значительно уменьшилась за счет влияния суицидальных действий на ситуацию в пользу суицидента. Суицидальных тенденций нет, а отношение к суицидальной попытке рентное, т.к. суицидент понимает, что подобные действия в будущем могут служить способом для достижения цели и средством влияния на ситуацию, возникает желание манипулировать этим. При этом типе постсуицидального состояния имеется тенденция превращения истинных суицидов в демонстративно-шантажные. Характерен для лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманиями, при различных вариантах девиантного поведения.

3. Аналитический тип постсуицидального состояния — конфликт по-прежнему остается актуальным, но отношение к суицидальной попытке негативное и суицидальных тенденций пока нет. Обнаруживаются поиски иных путей разрешения конфликта, но если они не будут найдены, вновь вероятны попытки вернуться к прежнему варианту.

4. Постсуицидальное состояние типа
"фиксированного суици
да " — характеризуется хронической дезадаптацией
личности, суи-

10 Сидоров П. И. и др Т II

цидальные тенденции сохраняются стойко, т.е. суицидальная попытка не прерывает предсуицидного состояния.

5. *Постсуицидальное состояние с отрицанием суицидальных попыток* — пациент отрицает собственные суицидные действия, что может быть проявлением явной диссимуляции или проявлениями критического отношения с нежеланием афишировать факт суицида.

ВОПРОСЫ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

При попытке к самоубийству могут быть оказаны различные виды помощи, но самое главное — это предупреждение подобных попыток (Харда И., 1988). С учетом того, что подавляющее большинство покушений на самоубийство совершается практически здоровыми лицами и лицами с пограничными нервно-психическими расстройствами, краеугольным камнем превентивной суицидологии являются различные психотерапевтические воздействия. Причем основной моделью помощи принимается краткосрочная кризисная психотерапия ("кризисная интервенция"), ориентированная прежде всего на эмоциональное принятие суицидента и интеллектуальное овладение ситуацией.

Устранение предсуицидного состояния требует установления хорошего психологического контакта с пациентом, что способствует первоочередно ослаблению его чувства изолированности. Дальнейшим шагом должно служить ослабление агрессивности и напряженности, направление хода мыслей и фантазий пациента в более положительную сторону.

Распознавание "факторов риска" перехода к активным суицидным действиям и их учет весьма полезны для их предупреждения. Изучение мотивации и причин суицидной активности необходимо дополнять исследованием личности, поскольку чаще всего это особая структура личности. Структура личности лиц, совершающих суицидные попытки, характеризуется определенными специфическими свойствами, из которых суицидная активность хотя и прямо не вытекает, но они облегчают ее или создают предрасполагающую почву для суицидного поведения и действия (Конечный Р., БоухалМ, 1983).

Хорошие результаты дает психотерапия, которая способна изменить ценностный хаос или извращенную ценностную ориентацию в

положительные ценности смысла жизни в противовес чувствам бессмысленности жизни. В частности, аксиопсихотерапия (Ларичев В.П., 1983) ставит перед собой следующие задачи: 1) предотвращение фиксации когнитивной установки безвыходности и отсутствия смысла жизни; 2) личностный рост пациента, повышающий личностную и фрустрационную толерантность; 3) коррекцию аксиологической парадигмы путем использования приемов переориентации — знака значения, переакцентировки, актуализации и дезактуализации ранга индивидуального значения ценностной иерархии пациента.

Профилактически ориентированная патогенетическая психотерапия (Бараш Б.А., 1985) также может быть использована в подготовке к конструктивному разрешению кризиса. Базируется она на принципах краткосрочности (интенсивности, фокусировки), реалистичности, интегративности (пластичности, личностной включенности) психотерапевта и симптомо-центрированного контроля. Цель ее — преодоление свехценного эгоцентризма и однонаправленного программирования жизни, косвенное научение конструктивному рационально-эмоциональному сопротивлению последующим жизненным кризисам.

Для лиц с акцентуациями характера и транзиторными пограничными расстройствами следует активнее применять долгосрочную психотерапию, воздействующую на глубинные структуры и установки личности. При психотерапии подростков возможно использование "стереоскопического принципа" психотерапии — одновременное целенаправленное воздействие на подростка психолога, психотерапевта, родителей.

Организационными формами оказания экстренной медико-психологической помощи лицам, находящимся в кризисном состоянии, являются "Телефон доверия", кабинет социально-психологической помощи в диспансере или на промышленном предприятии, кризисный стационар. В учреждениях кризисной службы человек может получить не только необходимую консультацию и психотерапию, но при необходимости и медикаментозное лечение (транквилизаторы, антидепрессанты).

Раздел 8

ВРАЧ И БОЛЬНОЙ: ПСИХОЛОГИЯ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА

Глава 33

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОВСЕДНЕВНОЙ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Современный комплексный подход к лечению больного должен сочетать три основных вида терапевтического воздействия: биологический, психологический и социальный. Этот подход применим ко всем заболеваниям, так как любая болезнь дезорганизует психологическое равновесие и социальное функционирование человека. Он особо значим при хронических соматических и психических заболеваниях, психосоматических расстройствах и неврозах.

Эффективность лечения в медицине традиционно оценивается на основе симптоматического критерия: выздоровление, улучшение, без изменений, ухудшение. В настоящее время разрабатываются и дополнительные критерии оценки эффективности различных методов и приемов комплексной терапии. Наиболее адекватным для комплексной оценки эффективности лечения считается подход, который учитывает все три плоскости рассмотрения терапевтической динамики: соматическую, психологическую и социальную (Карва-сарский Б.Д., 1980).

Процесс лечения любого заболевания сопровождается рядом психологических явлений, связанных с личностью больного, личностью врача и применяемыми методами лечения. Умение врача учитывать психологические факторы лечения позволяет ему более глубоко оценивать эффективность терапии и прогноз болезни. Хороший контакт с врачом и медсестрой нужен любому больному для гарантии того, что вместе они успешно справятся с болезнью. Хорошо, когда взаимопонимание формируется свободно и есте-

ственно, когда стиль общения больного соответствует аналогичным характеристикам врача.

К сожалению, многие медицинские работники строят свои взаимоотношения с больными стихийно, опираясь главным образом на свои способности и наглядный пример коллег. Вследствие этого общение с больным часто полностью зависит от ситуации: при благоприятном расположении больного контакт получается, при нежелании пациента общаться — контакт неэффективен. Отсутствие контакта или формальные взаимоотношения врача, медицинской сестры и пациента резко снижают информативность анамнеза, ухудшают результативность лечения.

Предпосылкой возникновения положительных психологических отношений и доверия между медицинскими работниками и больными является, несомненно, квалификация, опыт врача или медсестры. Однако, как подчеркивают польские психологи Р. Конечный и М. Бо-ухал (1983), квалификация является только инструментом, больший или меньший эффект применения которого зависит от других сторон личности врача. Доверие к врачу зависит от потребностей пациента, его ожиданий и установок, образа (эталона) идеального врача и других личностных позиций и свойств пациента.

ВРАЧ КАК ЛИЧНОСТЬ И ВОПРОСЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРИГОДНОСТИ К МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Врачебная деятельность относится к трудным профессиям. Человек, посвятивший себя медицине, несомненно, должен иметь к ней призвание. Стремление оказать помощь другому человеку всегда считалось полезным качеством личности и должно было быть воспитано с детства. Только тогда, когда эти свойства личности становятся потребностью, можно считать, что у человека есть главные предпосылки успешного овладения медицинской профессией. Не случайно известный писатель и врач В.В. Вересаев писал, что научиться врачебному искусству невозможно, точно так же, как и искусству сценическому или поэзии. Можно быть хорошим медиком-теоретиком, но в практическом отношении с больными быть несостоятельным.

Гуманизм врача. Больной прежде всего вправе ожидать от врача искреннего желания помочь ему и убежден, что иным врач и быть не может. Он наделяет врача наилучшими качествами, присущими людям вообще. Можно думать, что первый человек, который оказал медицинскую помощь своему ближнему, сделал это из чувства сострадания, стремления помочь в несчастье, облегчить его боль, ина-

че говоря, из чувства гуманности. Вряд ли нужно доказывать, что именно гуманность всегда была особенностью медицины и врача— ее главного представителя.

Гуманизм, сознание долга, выдержка и самообладание в отношениях с больными, совесть всегда считались главными характеристиками врача. Впервые эти морально-этические и нравственные нормы врачебной профессии были сформулированы врачом и мыслителем древности Гиппократом в его знаменитой "Клятве". Конечно, исторические и социальные условия, классовые и государственные интересы сменявшихся эпох многократно трансформировали "Клятву Гиппократа". Однако и сегодня она читается и воспринимается как вполне современный, полный нравственной силы и гуманизма документ.

Еще за 1500 лет до новой эры врачи Древней Индии давали профессиональную клятву, что же касается европейской культуры, то наибольшее влияние на формирование нравственного облика врача оказывала этика Гиппократа (460-370 гг. до н.э.) и его "клятва". Ее основные положения следующие:

уважение к жизни ("Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла, точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария");

запрет на причинение вреда больному ("Я направлю режим больных к их выгоде сообразно моим силам и моим разумениям, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости");

уважение к личности больного ("В какой бы дом я ни вошел, я войду туда только для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, несправедливого и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами");

врачебная тайна ("Что бы при лечении—а также и без лечения — я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной");

уважение к профессии ("Клянусь... считать научившего меня врачебному искусству наравне с родителями... Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство").

Врачебная тайна (конфиденциальность). Во взаимоотношениях врача и больного не последняя роль принадлежит умению врача хранить врачебную тайну. Обычно она включает в себя три вида сведений: *о болезнях, об интимной и семейной жизни больного.* Врач — не случайный обладатель этих сведений, сокровенных переживаний и мыслей больных. Они доверяются ему как человеку, от которого рассчитывают получить помощь. Поэтому распоряжаться имеющимися у врача сведениями о больном по собственному ус-

моторению можно лишь в редких случаях. Требование о неразглашении врачебной тайны снимается лишь в случаях, когда этого требуют интересы общества (например, при угрозе распространения опасных инфекций), а также при запросе судебно-следственных органов. **Общая и профессиональная культура.** Можно отметить еще ряд общих и более частых черт личности, которые нужно воспитывать у врача. Сюда относятся высокая общая культура и культура врачебной деятельности, организованность в работе, любовь к порядку, аккуратность и чистоплотность, т.е. черты, на которые указывал еще Гиппократ. Требования к личности врача, его внешнему облику и поведению постепенно оформились в специальном учении—*медицинской деонтологии*. Последняя рассматривается как наука о *должном* моральном, эстетическом и интеллектуальном облике медицинского работника, о том, каковы должны быть взаимоотношения между медиками, больными и их родственниками, а также между коллегами в медицинской среде.

Деонтология (от греч. deon — должное) — раздел этики, рассматривающий проблемы долга и должного нравственного профессионального поведения. Термин введен в обиход в начале прошлого столетия английским философом И. Бентамом (1748-1832). Разрабатывая учение о личном должном в поведении индивида, Бентам противопоставляет деонтологию *этике* (от греч. ethos — обычай), науке о морали и общественном должном в поведении и отношениях всех людей. Этические нормы поведения достаточно динамичны. В первую очередь они подвержены влиянию общественных факторов и норм общественной морали. В отечественной медицине деонтология всегда понималась как учение о долге врача не только перед больными, но и перед народом. Труд врача, его поведение всегда рассматривались как большое дело общества.

В 1971 году американским биологом Ван Ренселлером Потгером был введен термин "*биоэтика*". Первоначально биоэтика понималась как проверка на этическую состоятельность всех научных исследований в области медицины, агрономии, экологии и других биологических наук. В дальнейшем значение этого термина стали связывать в основном с клинической медициной. Образно говоря, биоэтика явилась ответом на вызов, брошенный современным научно-техническим прогрессом медицины и медицинской науки. Содержание этого ответа, то есть новую систему ценностей, утверждаемую биоэтикой, следует искать не столько в науке и медицине, сколько в общих тенденциях, присущих современному обществу.

Биоэтика — это опыт философского и этического осмысления так называемых проблемных ситуаций. Речь идет о комплексе проблем, связанных с умиранием человека (состояние "смерти мозга", право на смерть с достоинством, эвтаназия), вмешательством в репродукцию

человека и его генетический аппарат (аборт, стерилизация, искусственное оплодотворение, "суррогатная мать", клонирование), трансплантацию органов и медицинские эксперименты на человеке (последние могут проводиться только с добровольного согласия, что закреплено в Нюрнбергском кодексе еще в 1947 году).

К числу базисных принципов биомедицинской этики современности относятся принципы *автономии* (уважение к личности пациента, оказание ему психологической поддержки в затруднительных ситуациях, предоставление ему необходимой информации о здоровье и лечебных мероприятиях, возможность выбора из альтернативных вариантов, самостоятельность пациента в принятии решений и др.), *непричинения вреда, благодеяния и справедливости*. В современной медицине широко обсуждаются этические аспекты конфиденциальности (к примеру, ситуация с сообщением без согласия больного его родственникам диагноза заболевания), паттернализма (этическая оценка возможности и допустимости принятия врачом на себя роли человека, диктующего больному, как тому следует поступать в жизни, особенно в областях жизни, непосредственного отношения к болезни не имеющих), "реконструкции личности" при психотерапии, лечения без согласия, отношения к парамедицинским методам лечения (например, экстрасенсорике) и др.

Профессиональная деформация. В профессиях, связанных с взаимодействием человек—человек, огромное значение имеет ориентация на Другого как равноправного участника взаимодействия. Пожалуй, немного существует профессий, где ценностный подход к профессиональной деятельности оказывал бы такое влияние на индивидуальную судьбу профессионала и судьбу другого человека. Особенно важна способность к гуманистической, нравственной реакции в профессиональной деятельности медицинского работника.

Врачебная деятельность очень разнообразна и не ограничивается рамками только лечения, как это принято считать в немедицинской среде. Разнообразие видов врачебной деятельности создает различные способы ее осуществления, широкое поле деятельности для профессионала, но ставит проблему специфики влияния разных видов врачебной деятельности на профессиональную позицию врача, его ценностные ориентации.

Для описания влияния профессии на психическую жизнь профессионала введено специальное понятие — "профессиональная деформация". Впервые она стала описываться в 60-х годах в США (Мичиганский и Калифорнийский университеты) как проблема функциональных возможностей человека. В нашей стране проблема профессиональной деформации впервые стала изучаться в области педагогики (**Маркова А.К., Моргун В.Ф.**). Исследования пока-

зали, что в профессиях типа "человек—человек" профессиональная деформация существует, как и имеет место разный уровень подготовки и квалификации профессионала, и что должен осуществляться профессиональный отбор, так как существует идея профессиональной пригодности.

Большое внимание проблеме профессиональной деформации у медицинских работников уделяли профессор Р. Конечный и доктор М. Боухал (1983). Они считают, что склонность к профессиональной деформации наблюдается у определенных профессий, представители которых обладают трудно контролируемой властью над людьми. Естественно, что врач обладает такой властью, так как от него зависит физическое и душевное здоровье и сама жизнь больного.

Сама по себе профессиональная деформация развивается постепенно из профессиональной адаптации. Определенная степень адаптации естественна для медицинского работника. Сильное эмоциональное восприятие страданий другого человека в начале профессиональной деятельности, как правило, в дальнейшем несколько притупляется. Конечно, для врача просто необходима определенная степень эмоциональной сопротивляемости, но он должен сохранять те качества, которые делают его не просто хорошим профессионалом, но и оставляют человеком, способным к эмпатии, уважению к другому человеку, способному к соблюдению норм врачебной этики. Ярким примером профессиональной деформации является подход к пациенту как к объекту, носителю симптома и синдрома, когда пациент воспринимается врачом как "интересный случай".

Г.С. Абрамова и Ю. А. Юдчиц(1998) рассматривают профессиональную деформацию в виде *обобщенной модели*, которая включает как социально обусловленные причины ее, так и причины вызванные феноменами индивидуального сознания. К социальным причинам они относят влияния, связанные с необходимостью соблюдения врачом как государственным служащим многочисленных инструкций, которые регламентируют его деятельность. Понятием "инструкция" здесь обобщаются все формы готового знания (учебники, классификации болезней, нормативы и пр.), которые задаются нам извне, они не "пропущены" через собственный опыт и понимание. Как только профессионал принимает инструкцию за абсолютную истину, все профессиональные взаимоотношения деформируются определенным образом: врач может воспринимать пациента не как целостную личность, а как определенную совокупность симптомов или объект манипуляций.

С другой стороны, врач может уверовать в свое могущество и власть над человеком, приняв на веру многочисленные мифы, циркулирующие в немедицинской среде, по поводу возможностей врача и современной медицины. Внешняя сторона лечения, кажущаяся неискушенному человеку магической, доступной только врачу, рождает "кастовый" характер медицинского знания. Так формируется еще один фантом профессиональной деятельности врача — ощущение власти над человеком, для которого медицинская помощь является последним шансом защититься от болезни.

Таким образом, врач имеет дело с двумя реальностями: неодушевленной (фантомы и инструкции) и живой реальностью — жизнью своей и других людей. Возникает соблазн их отождествления и создания иллюзии простоты. Профессионал начинает переживать исключительно простые чувства, выражающиеся в притягательной формуле "я могу", "я профессионал и лучше знаю как.. что...". В результате принятия фантомов за истину сознание профессионала также фанто-мизируется—становится статичным, неподвижным, оно всегда знает, "как надо", "что должно быть" и "что с этим делать". Эти фантомы иногда могут осознаваться врачом на уровне переживаний — в виде чувства неудовлетворенности собой, профессией. Однако пока есть переживание, можно говорить и о возможности осознания факта профессиональной деформации и перспектив работы с ним. Профессиональная деформация не осознается в том случае, когда врач отказывается от переживаний, потому что они требуют усилий, предполагают проявления отношения к кому-либо или к чему-либо.

Синдром хронической усталости у медицинских работников. В профессиях, связанных с взаимодействием человек—человек, профессиональная усталость — это прежде всего усталость от другого человека. Это совершенно специфический вид усталости, обусловленный постоянным эмоциональным контактом с большим количеством людей. Особенно это относится к профессии врача, так как она предъявляет большую требовательность к личности профессионала и предполагает принятие ответственности за жизнь и здоровье другого человека. В значительной степени появлению усталости могут способствовать особенности работы в здравоохранении (дежурства, работа по сменам), чрезмерно большой прием. Абрамова Г.С. и Юдчиц Ю.А (1998) считают, что одной из основных причин профессиональной усталости у врачей является требование профессии в эмоциональном отношении к жизни в целом, что предполагает определенное отношение к врачебной деятельности, мотивацию этого отношения, взаимоотношения с коллегами, стиль жизни медработника и его проблемы, не связанные с работой.

"Астения переутомления" обычно всегда развивается постепенно (в течение 6 и более месяцев от начала напряженной работы), ей предшествует более или менее длительный период волевого усилия, умственного напряжения и продолжения работы в условиях утомления. Утомление снижает работоспособность человека и эффективность его труда, что создает постоянную психотравмирующую ситуацию в виде ощущения им собственной несостоятельности и может привести даже к невротическому срыву. Наиболее частым симптомом астении является раздражительность. Она проявляется в повышенной возбудимости, нетерпеливости, обидчивости и несдержанности. Проявления раздражительности чаще носят характер кратковременных вспышек, которые нередко сменяются раскаяниями, извинениями перед окружающими, ощущениями вялости и усталости. Кроме этих основных симптомов, страдающие астенией жалуются на рассеянность, плохой сон, тревожность, неустойчивость настроения, головные боли.

В быденном сознании общества бытует мнение, что состояние здоровья у врачей лучше, чем у других людей. Однако это далеко не так, особенно это касается их психоэмоционального, психического состояния. Отношение к своему состоянию в этом плане у врачей встречается преимущественно двух видов: 1) отрицающее — не обращает внимания на собственное психологическое состояние, считает его следствием простого переутомления, не обращается за помощью к специалистам; 2) пренебрежительное — недооценивает свою усталость; не изменяет свой стиль жизни, который, как правило, бывает несовместим с психологическим здоровьем. Очень часто врач с синдромом хронической усталости склоняется не только к несовершенной "самодиагностике", но и несовершенной "самотерапии" — излишествам в употреблении транквилизаторов или употреблении спиртных напитков для снятия "напряжения".

Утомление врача отрицательно сказывается на его профессиональной деятельности и тем самым на его пациентах. Последствия утомления могут быть самыми разнообразными. Они могут проявляться в нетерпеливости и раздражительности — врач сокращает время приема каждого пациента, стремится как можно быстрее закончить вызывающую утомление работу, а у пациента при этом создается впечатление, что врач хочет от него отделаться, не воспринимает серьезность его жалоб и в целом относится к нему неуважительно. Производительность труда у врача снижается и замедляется из-за трудностей концентрации внимания, трудностей при постановке диагноза и выборе метода лечения, преобладанием

так называемых диагностических коротких связей типа: "повышенная кислотность + кровь в желудке = язвенная болезнь" (Конечный Р., Боухал М., 1985). На пациента такой врач производит впечатление рассеянного, занятого своими проблемами, а зачастую и просто некомпетентного. Невнимательность и поспешность могут приводить к неосторожным высказываниям с психической травматизацией больного (ятрогениям) и даже к прямым врачебным ошибкам —■ необоснованному диагнозу или неудачно выбранному лечению.

Переживание собственной профессиональной несостоятельности при нарастании врачебных ошибок, трудности концентрации, затруднения в восприятии нового материала являются причиной травматизации самого врача, приводят к чувству недовольства результатами своей деятельности. Его состояние может усугубляться и возникновением конфликтов как с администрацией (из-за претензий к неудовлетворительной работе), так и с коллегами (вследствие вызванного утомлением раздражения) и с пациентами (из-за врачебных ошибок, отсутствия психологического подхода, неквалифицированных высказываний).

Исходя из представления об обусловленности синдрома хронической усталости стилем жизни профессионала, Э.Б. Боллзом (1995) была разработана анкета диагностики и самодиагностики СХУ. Ее короткие ответы подобраны таким образом, чтобы составить представление об образе жизни профессионала, определенных жизненных приоритетах, стремлении удовлетворения честолюбивых замыслов. Необходимо понимание, что приведенные вопросы могут значить очень много (если использовать их вдумчиво, учитывая индивидуальные особенности, в комплексе с наблюдением и беседой) и не значить ничего (если принять их за диагностическую "волшебную палочку").

В анкете дана серия ответов, из которых необходимо выбрать тот, который наиболее полно и точно характеризует состояние:

1. Из-за хронической усталости я был(а) вынужден(а) прекратить свою трудовую деятельность и теперь в довольно затруднительном положении, так как:

- а) не имею уже того авторитета, который заслужил(а),
- б) у моей семьи нет достаточно средств,
- в) я бы(а) на пути к успеху, а теперь мое будущее неопределенно,
- г) я хотел(а) получить максимальный эффект от каждого дня своей работы, а теперь не испытываю такого желания,
- д) нельзя описать моё состояние.

2. Постоянная усталость разрушает мою семейную жизнь, и теперь

я в довольно затруднительном положении, так как:

- а) не пользуюсь у детей (мужа, жены) тем уважением, которого заслуживаю,

б) я уже не чувствую с членами семьи такой близкой связи, какая была раньше,

в) я уже не играю той ведущей роли в семье, которой гордился(-лась) раньше,

г) мое состояние сказывается на бюджете семьи,

д) нельзя описать мое состояние.

3. Хроническая усталость изменила мой образ жизни, и теперь я в затруднительном положении, так как:

а) я занимался(лась) спортом, а теперь не в состоянии,

б) мне пришлось отказаться от своих любимых занятий (нет ни сил, ни желания),

в) мне трудно сохранять такое влияние на людей, с которыми общался(лась) раньше,

г) не могу часто бывать у своих друзей,

д) нельзя описать мое состояние.

(Ответы "б" и "г" показывают первостепенное значение морального удовлетворения, "а" и "в" подчеркивают приоритет социального, общественного признания; "д" говорит об отсутствии содержания психической реальности, когда не существуют значимые факторы жизни, обеспечивающие иерархию ценностей.)

Перечень симптомов синдрома хронической усталости (по Бол-лзу): слабость мышц, мышечная боль; боли в суставах; общее недомогание, бессонница, забывчивость, рассеянность, неспособность либо затруднение сосредоточения; угнетенное настроение (депрессия).

Специфические симптомы синдрома хронической усталости у медработников (Цит. по Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А., 1998.): раздражительность (направлена не только на пациентов, но и на коллег); сокращение времени приема пациентов уже к середине рабочего дня; использование в устной и письменной речи штампов; при общении с коллегами употребление большого числа слов, синонимичных понятию усталость; при выполнении работы, связанной с оформлением документов, карточек и т.п., использование внутренней речи (внутреннее проговаривание фраз), что типично для решения мыслительных задач в затрудненных условиях.

Синдром "эмоционального выгорания" у медработников. Термин "эмоциональное сгорание" введен американским психологом Х. Дж. Фрейденбергером в 1974 г. для характеристики психологического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с клиентами (пациентами) в эмоционально перегруженной атмосфере при оказании профессиональной помощи.

Врачебная профессия требует от профессионала не только профессионального мастерства, но и большой эмоциональной самоотдачи. Не случайно еще в XVII веке голландским врачом Ван Туль-Пси была предложена символическая эмблема медицинской деятельности — горящая свеча с девизом: "Светя другим, сгораю

сам". Надо полагать, что "сгорание" здесь не значит опустошение и исчезновение сил — они постоянно возобновляются при получении удовлетворения от своего дела, осознания своего места в профессии, при повышении мастерства и постоянном собственном личностном развитии.

Врач постоянно имеет дело со смертью и страданиями других людей, и во многих других случаях для врача существует проблема "невключения" своих чувств в ситуацию, что ему далеко не всегда удается. Естественно, что только эмоционально зрелая, целостная личность в состоянии решать эти задачи и справляться с подобными трудностями. Вероятно, существует индивидуальный предел, потолок возможностей нашего эмоционального "Я" противостоять истощению, противодействовать "сгоранию", самосохраняясь. Синдром "эмоционального выгорания" характерен именно для профессионалов, изначально обладающих большим творческим потенциалом, ориентированных на другого человека, фанатично преданных своему делу.

При синдроме "эмоционального выгорания" у профессионала наступает своеобразное исчезновение или деформация эмоциональных переживаний, которые являются неотъемлемой частью всей нашей жизни (Форманюк Т.В., 1982). Его симптомы во многом сходны с таковыми при хронической усталости и составляют основной каркас для возможностей последующей профессиональной деформации.

В первую очередь человек начинает заметно ощущать утомление и истощение после активной профессиональной деятельности, появляются психосоматические проблемы типа колебаний артериального давления, головных болей, симптомов со стороны пищеварительной и сердечно-сосудистой систем, бессонницы.

Другим характерным признаком является возникновение негативного отношения к пациентам и отрицательная настроенность к выполняемой деятельности. У врача исчезает тяга к совершенствованию в своей профессии, появляются тенденции к "принятию готовых форм знания", действию по шаблону с сужением репертуара рабочих действий, ригидность мыслительных операций. Недовольство собой с чувством вины и тревожными состояниями, пессимистическая настроенность и депрессия часто проявляются вовне в виде агрессивных тенденций типа гнева и раздражительности по отношению к коллегам и пациентам.

Содержательные характеристики СЭВ Абрамова Г.С. и Юдчиц Ю.А. (1998) описывают через изменение (деформацию) профессиональных и личностных качеств (авторитетность, оптимизм и др.), присут-

ствие которых просто необходимо для успешного осуществления профессиональной деятельности и личностного роста врача.

Авторитет врача — профессионал с СЭВ неизбежно утрачивает свой авторитет как у пациентов, так и коллег. Авторитет связан прежде всего с профессионализмом и личным обаянием. Когда врач из-за равнодушия и негативного отношения к своей работе не в состоянии вдумчиво, внимательно выслушать жалобы пациента, допускает врачебные ошибки или проявляет агрессивность и раздражительность он утрачивает доверие к себе как профессионалу и уважение своих пациентов и коллег.

Оптимизм врача — пациент должен чувствовать здоровый оптимизм врача, а не основанный на желании поскорее закончить обследование ("что вы волнуетесь зря, все у вас нормально, можете идти"). И наоборот, под влиянием выгорания врач демонстрирует циничное, часто жестокое отношение, преувеличивая последствия, например, несвоевременной явки в больницу (часто это происходит из-за желания "наказать" пациента за собственную эмоциональную несостоятельность).

Честность и правдивость — при тревоге, беспокойстве и неуверенности, вызванных СЭВ, врач утрачивает способность к правдивому и честному изложению информации о состоянии здоровья человека. Либо он излишне щадит психику больного человека, заставляя его пребывать в неизвестности, либо, наоборот, утрачивает необходимую меру в подаче диагностической или лечебной информации.

Слово врача — ■ слово оказывает огромное суггестивное влияние на любого человека, а тем более слово врача для его пациента. Профессионал с СЭВ, переживающий чувства бессмысленности, безнадежности и вины, неминуемо передаст эти чувства своим пациентам в слове, интонации, эмоциональной реакции.

Гуманизм врача — обусловлен ценностным и целостным подходом к другому человеку. Врач, утративший содержание своей психической реальности, перестает обращаться к этому содержанию в других людях, обесценивая таким образом как себя, так и их.

Опросник "Отношения к деятельности" чешских психологов В. Каппони и Т. Новак может использоваться для анализа проблем профессиональной деятельности в связи с СЭВ (Цит. по Абрамова Г.С. и Юдчиц Ю.А., 1998). Он включает два блока вопросов: блок А — отношение к выполняемой деятельности, поиск новых путей реализации возможностей или нежелание изменения существующего порядка, рост профессионализма или статичная позиция, наличие признаков утомляемости; и блок Б — взаимоотношения в коллективе, реализуемая концепция другого человека, элементы характеристики самооценки.

А. На следующие ниже положения ответь "да" или "нет".

1. Когда в воскресенье я вспоминаю о том, что завтра снова идти на работу, то остаток дня уже испорчен.

2. Если бы у меня была возможность уйти на пенсию, я сделал бы это без промедления.

3. Коллеги на работе раздражают меня. Невозможно терпеть одни и те же их разговоры.

4. То, насколько меня раздражают коллеги, еще мелочи по сравнению с тем, как меня выводят из равновесия пациенты.

5. В последнее время я отказывался от курсов повышения квалификации, от участия в конференциях и т.д.

6. С делами на службе я справляюсь "одной левой". Нет ничего такого, что могло бы удивить меня своей новизной.

7. О моей работе мне едва ли кто скажет что-нибудь новое.

8. За последние три месяца мне не попала в руки ни одна специальная книга, из которой я почерпнул бы что-нибудь новое.

Б. В следующих ниже позициях выберите ответ, который наиболее точно характеризует ситуацию:

1. Заниматься своими делами в присутствии пациентов (клиентов):

а) принципиально никогда себе не позволяю;

б) все мы люди — побыстрее улажу свои дела и займусь работой;

в) не думал об этом, но за те деньги, которые получаю, надрываться тоже не стану.

2. Во время разговора с пациентом (клиентом) звонит по телефону супруг(а):

а) это совершенно неуместно, и я не стану переключаться на личные разговоры;

б) извинюсь перед клиентом и коротко выясню, в чем дело;

в) пациент может и подождать, пока я не выясню, в чем дело.

3. Помещение, в котором вы принимаете посетителей:

а) всегда убрано;

б) отличается некоторым рабочим беспорядком;

в) что вы можете сделать, если уборщице на все наплевать, уборка не входит в ваши обязанности.

4. На работу вы ходите одетым (-ой):

а) нормально, не суть это важно;

б) очень аккуратно;

в) на вашей работе это не имеет значения, все равно.

5. Чайная комнатка на вашей работе:

а) находится в особом помещении;

б) это закуток в коридоре или кабинете, у всех на виду;

г) ничего такого у нас нет и в помине.

6. Во время приема:

а) вы сидите за своим рабочим столом, а вошедший стоит;

б) у вашего рабочего стола есть стул, и первое, что вы делаете после

привет
ствия,
это
предла
гаете
вошед
шему
присес
ть;

г) в вашем рабочем помещении есть уголок с креслами и журнальным столиком для посетителей.

При диагностике значение имеют приоритеты профессионала при осуществлении им деятельности, возможность корреляции их с данными, полученными при беседе и наблюдении. Следует обратить внимание на то, как врач реагирует на ситуацию исследования (повышенно утомляем, раздражителен, отказывается от участия в диагностике и т.п.).

Больной и его образ "идеального врача"

Каждый больной на основе культуральных влияний (представлений общества о враче), своего прошлого опыта общения с медиками и характера ожидаемой помощи имеет определенный образ врача (эталон, а по Г.С. Абрамовой — "фантом"), который может удовлетворить его потребности в помощи и эмоциональном общении. По мнению Ж. Лакана, существует пять факторов, влияющих на процесс взаимодействия врача и пациента: пол, возраст, национальность (раса), вероисповедание и сексуальная ориентация. Исследования показали, что все эти факторы оказываются значимыми, однако более значимыми являются личностные и характерологические свойства.

В.А. Ташлыковым (1984) на основании специального исследования было выделено несколько описаний представлений больных об образе "идеального" врача: "сопереживающий и недирективный", "сопереживающий и директивный" и "эмоционально-нейтральный и директивный".

1. Сопереживающий и недирективный:

"Добрый, отзывчивый, терпеливый, склонный к глубокому сочувствию и состраданию, вызывающий у больного полное доверие и откровенность, способный все терпеливо выслушать и с пониманием отнестись к самым необычным заявлениям больного".

В клинике неврозов такой выбор предпочитался больными с истероидными чертами характера. У этих больных имеется повышенная потребность в особом понимании и признании их окружающими вследствие свойственного им эгоцентризма.

2. Сопереживающий и директивный: "Этому

врачу свойственно стремление проникнуть в душу больного, понять суть его переживаний, но, несмотря на склонность к сочувствию, он будет действовать непреклонно и сможет заставить больного следовать его указаниям; своей чуткостью, отзывчивостью и в то же время твердостью, строгостью он вызывает доверие и уважение".

Выбор этого типа врача свойственен лицам с тревожно-мнительными чертами характера и отражает их надежды избавиться от нерешительности с помощью доброжелательной и сильной личности врача.

3. Эмоционально-нейтральный и директивный: "Ему свойственны твердые убеждения, целеустремленность, умение внести ясность в дело и довести его до определенного конца; по отношению к больным он внимателен, сдержан; вызывает доверие к себе своей уверенностью, волей и спокойствием, а умением убеждать и внушать он оказывает сильное влияние на больного".

Этот образ врача больше импонировал больным неврастенией в связи с их повышенной потребностью в приобретении прежде всего такого личностного качества, как самообладание.

Пол, возраст и другие личностные качества врача. Для большинства больных признаки пола и возраста врача являются второстепенными по сравнению с представлениями о его личности. Однако имеется некоторая тенденция к выбору врача более старшего по возрасту. Пол врача многими больными рассматривался как фактор, облегчающий общение (например, при обсуждении некоторых интимных вопросов своей жизни). В эталоне врача-женщины чаще преобладает "сопереживающий" комплекс личностных черт, а в эталоне врача-мужчины — "эмоционально-нейтральный".

Наиболее ценными для больных оказываются следующие (в порядке убывания) личностные качества врача: ум, увлеченность работой, внимательность, чувство долга, терпеливость, чуткость, интуиция, серьезность, доброта, чувство юмора.

Для большинства больных в образе врача обобщается личный опыт взаимодействия с рядом авторитетных для него лиц в разные периоды жизни. Замечено, что пациенты с чертами некоторого психического инфантилизма чаще отмечают сходство с "идеальным" врачом лиц из раннего периода детства (мать, любимый учитель), а больные с относительно большей социальной зрелостью — из более позднего периода жизни (руководитель на работе, коллега). Знание и учет врачом имеющегося у больного образа "идеального" врача способствуют установлению лучшего психологического контакта между ними.

Техники налаживания с пациентом определенного психологического контакта, необходимого для успеха того или иного терапевтического вмешательства, часто называют "техниками присоединения". Таких техник в профессиональной психотерапии много, хотя умение "почувствовать" другого человека во многом зависит от психологических свойств самого врача, его *эмпатийности* и может

быть естественным. Технические приемы обучения умению налаживания психологического контакта в первую очередь направлены на развитие и совершенствование личностных эмпатийных способностей у самого врача.

Личность больного и эффективность психологического контакта с ним

Пациент, как правило, имеет право выбора врача в соответствии с собственными мотивами и ценностями. Врач ограничен в своем выборе пациента и должен быть подготовлен к общению с любым человеком.

Врач также выстраивает образ "идеального пациента". Сюда обычно включаются следующие его характеристики: малая осведомленность в медицинских вопросах, вера и отсутствие сомнений в силах и умениях лечащего врача, готовность беспрекословно выполнять назначения, умение кратко и четко излагать проблему и жалобы, отсутствие ипохондрии. Из данного списка видно, как заключает В.Д. Мен-делевич (1998), что врач нацелен на директивный стиль общения. Возможной мотивировкой выбора врачом такого способа взаимодействия является его убежденность в гораздо большей ответственности врача за исход терапии.

Личность больного, как и любого другого человека, характеризуется группой качеств: темпераментом, способностями, интеллектом, характером и пр. Многие из этих характеристик врачу приходится учитывать для формирования эффективного контакта с больным. Одна из таких особенностей личности — это соотношение в ней качеств экстраверсии и интроверсии.

Больные-экстраверты полностью обращены во внешний мир, у них широкий круг знакомств и интересов, они инициативны, импульсивны, гибки. В своих неприятностях они чаще винят внешние обстоятельства, судьбу, случай. Они склонны к агрессии и гневу. Психологические тесты позволяют легко установить принадлежность больного к экстравертам. Общение с такими пациентами целесообразно начинать с формирования эмоционального контакта, а установив его, переходить к информационному.

Для противоположного, интровертированного типа больных гораздо больший интерес представляет не внешняя среда, а переживания собственного внутреннего мира. Им никогда не бывает скучно "наедине с собой". Они более замкнуты, склонны к самоанализу, хуже адаптируются к изменениям окружающей среды.

Для таких больных нет мелочей в своем здоровье, любой вопрос должен быть разобран максимально подробно, иначе у них легко формируется тревога. Ответственность за события своей жизни такие пациенты чаще всего берут на себя. Темп их мышления нередко бывает медленным, и это заставляет врача испытывать серьезные трудности, если беседа идет в условиях дефицита времени. Контакт с таким больным труден, его лучше начинать с нейтрального, информационного. Лишь при условиях хорошего делового общения у подобных больных формируется положительное эмоциональное отношение к врачу.

Большое значение для установления эффективного контакта имеет знание врачом характерологических особенностей больного, особенно наличие стойкого чрезмерного усиления (акцентуации) каких-либо отдельных черт характера. В повседневной жизни акцентуированные черты могут играть двоякую роль в социальной адаптации: они одновременно усиливают личностную устойчивость к одним неблагоприятным воздействиям и ослабляют ее к другим. При психотравмирующих ситуациях такая избирательная уязвимость может облегченно приводить к личностной декомпенсации и невротическому состоянию. Психологические тесты позволяют легко выделять все основные типы акцентуации характера.

МЕТОДИКИ УСТАНОВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНТАКТА

Практически любая встреча и беседа врача с больным, даже если она предпринимается только с диагностической целью, имеет важное значение для установления и поддержания оптимального психологического контакта. Особенно важно профессионально грамотно и умело провести с больным первую встречу и беседу, с которой и начинается лечебный процесс.

Первую беседу с больным следует организовывать и проводить обдуманно. Она имеет не только диагностическое значение, но важна и как психотерапевтический фактор. Больной должен увидеть внимательное отношение к себе и искреннее желание помочь ему. Лучше, когда при первой беседе нет посторонних лиц, а иногда и родственников. Тогда врачу легче найти контакт с пациентом, начать диалог, поставить вопросы и стимулировать рассказ о себе.

Очень важно уметь выслушать больного и отметить, что для него является самым важным. В самой постановке вопросов следует избегать воздействий внушающего характера—суггестивные вопросы, требовательный тон голоса или игнорирование жалоб. Конечно,

трудно составить четкие универсальные правила первой беседы и вообще правила обращения с больными. В каждом конкретном случае наиболее удобный способ избирается врачом в зависимости от состояния больного и опыта врача.

Техники активного слушания

Стремительный темп жизни привел к тому, что мы все хорошо говорим и плохо умеем слушать. Имеется два вида слушания: оценочное или без оценки. В медицинской практике ценится слушание без оценки. В любом случае цель врача — разговорить пациента и получить максимум информации. Поза врача должна демонстрировать внимание: подбородок на руке, легкий наклон головы к больному. Встреча глаз—периодически. Нельзя "сверлить" больного глазами, но при информации об интимных вещах отводить глаза не следует, это ведет к мгновенной потере контакта.

Безоценочное слушание. Главное при активном безоценочном слушании — это умение молчать, поддакивать, перефразировать сообщения больного. Обязательное условие — заинтересованность. Можно демонстрировать больному эмпатийное понимание того, что тот чувствовал. Это могут быть следующие стандартные фразы-клише: "Вы тогда, наверное, расстроились", "Сколько же Вам пришлось пережить" и прочие. Однако нельзя перегружать беседу подобными психологическими клише, т. к. сверхсочувствие — это всегда бесчувственность.

Для того чтобы добиться одинакового с больным понимания того, что он говорит, можно пользоваться приемами усиления диалога, например такой фразой-клише: "Продолжайте, пожалуйста, это очень важно". Умению видеть "горячие точки" в анамнезе помогают симптомы напряженности в речи больного и психологическая защита. Напряженность проявляется в изменении темпа речи — появлении пауз и слов-паразитов (если их ранее не было), штампов, иронии. В отличие от юмора, свидетельствующего о хорошем контроле за ситуацией, ирония чаще говорит о психологическом неблагополучии.

Важными признаками психологического неблагополучия является стремление больного уклоняться от ответа на некоторые вопросы или отвечать общими фразами. Кроме того, больные психосоматическими заболеваниями на вопрос о своих конфликтах часто также отвечают отрицательно, искренне полагая при этом, что у них "все нормально". В речи этой группы пациентов нужно уметь выявлять элементы психологической защиты, указывающие на фактическое присутствие конфликтной ситуации. Распознавание защитного по-

ведения важно для последующего лечения больного. Оно поможет осознать причины возникшего заболевания. Все это можно уловить при максимально полном высказывании больного, слушая его безо всяких оценок.

При защите типа *рационализации* больной пытается излишне подробно объяснить и разобраться в причинах того, что с ним произошло, или фантазирует на тему, как это могло бы быть. Соскальзывание на более примитивный уровень поведения (например, осуждение всех и вся) указывает на защиту типа *регрессии*. Случаи, когда больной искренне забывает о случившейся с ним патогенной ситуации, свидетельствуют о *вытеснении*. Перенос гнева на слабейшего, поиски виновных демонстрируют психологическую защиту типа *замещения*. Когда больной не признает у себя объективных признаков неблагополучия, речь идет о защитах типа *отрицания*. Ощущение нереальности происходящего бывает при психологической защите типа *невротической дереализации*. Переключение себя на социально одобряемую деятельность наблюдается при *сублимации*. Стремление себя порадовать после конфликтной ситуации указывает психологическую защиту типа *компенсации*.

Оценочное слушание. Оценочное слушание целесообразно тогда, когда сам больной хочет оценки. При обсуждении течения болезни, результатов анализов медицинский работник ежедневно сталкивается с необходимостью оценочного слушания. Его всегда желательно начинать с положительной оценки. Следует помнить, что осудить и психологически всегда легче, поскольку это повышает собственную самооценку. У больных с лабильным или сниженным настроением приходится помнить о сильном деструктивном компоненте порицания, поэтому не стоит заканчивать разговор отрицательной оценкой чего-либо, касающегося больного.

При затянувшемся или малоэффективном разговоре могут быть применены приемы сокращения диалога. Психологическое клише в этом случае может быть следующим: "Уточните, пожалуйста, я не совсем понял..." и жест остановки рукой.

Когда больной ошибается в своих суждениях, возникает необходимость немедленной отрицательной оценки. Чтобы не потерять при этом установившийся психологический контакт, можно воспользоваться приемами корректного отбоя. Психологическое клише в этом случае может быть следующим: "Вы, конечно, можете со мной не согласиться, но я совершенно уверен, что...".

Часто у больного во время эмоциональной беседы могут появиться слезы или наблюдается гнев, агрессия. Этого не следует пугаться. Такие проявления свидетельствуют о "горячих точках" в анамнезе, которые могут играть серьезную роль в заболевании. Под-

крепив ситуацию фармакологическими средствами (возможно, что вполне достаточным будет дача валерианы или пустырника), пациенту все же следует дать возможность полностью высказаться. Отреагирование эмоций обычно значительно облегчает психологическое состояние больного.

Бессловесное общение. Информация, получаемая от больного, идет на разных уровнях восприятия, так как общение не исчерпывается устными и письменными сообщениями, важную роль в нем играет и невербальная информация — мимика, жесты, интонации. Все эти проявления имеют значение только в контексте разговора и не несут никакой прямой смысловой нагрузки вне беседы.

Читая жесты в диалоге с больным, мы осуществляем обратную связь, понимая, как встречено то, о чем мы говорим, — с одобрением или враждебно, сомневается больной или не верит. Своеобразным предупреждающим сигналом о неблагоприятном протекании беседы будет появление рассогласованности жестов и речи больного. Это бывает, когда устное сообщение больного сопровождается противоречащими словам видимыми жестами. Бессловесная информация в этом случае гораздо более информативна, и это может указать врачу, что нужно изменить свое поведение с больным, чтобы достигнуть нужного результата.

Имеется несколько групп жестов, выражающих различные позиции больного по отношению к обсуждаемой теме. Прежде всего, это жесты защиты и открытости. Среди оборонительных жестов можно выделить следующие: руки скрещены на груди, спрятаны за спину; больной создает различные барьеры из рук, сумок, папок; пожимает собственные руки; застегивает запонки. Жесты агрессии: указующий перст, руки на поясе или на бедрах; корпус человека в упор к оппоненту; большие пальцы торчат из карманов; руки "пирамидой" вверх; руки, сцепленные сзади рука в руке; рукопожатие ладонью вниз; желваки на скулах.

Часто больной сигнализирует жестами о своем нежелании продолжать разговор на данную тему. Жестами негативного отношения к теме разговора будут: сцепленные руки, перехват руки рукой сзади, потирание уха, полужакрытые веки или другие преграды перед глазами, почесывание шеи, удаление воображаемой пылинки с одежды.

О неискренности больного свидетельствуют: рука, закрывающая рот, оттягивание воротничка, потирание глаза, группа жестов "руки за спину". Напротив, среди жестов открытости, готовности к контакту можно выделить: рукопожатие "перчаткой"; раскрытые руки, расстегивание пиджака, наклон к собеседнику. Поза, свидетельствующая о том, что больной слушает внимательно, следующая: подбородок на руке, наклоненная голова, жест "руки, пирамидой вниз". Есть группа жестов, обозначающих сомнение больного. Это почесывание подбородка и переносицы, расхаживание по кабинету;

покусывание дужки очков или авторучки, потирание темени. Такие жесты показывают, что больной занят принятием решения и нельзя прерывать беседу с ним в этот момент. Требуется дать больному немного подумать, а затем привести более сильные аргументы на эту же тему. Жест, при котором указательный палец больного располагается вдоль щеки, свидетельствует о скептическом отношении, неверии больного в то, что говорит врач.

Группа жестов, обозначающих подозрение и скрытность, следующая: стремление больного все время смотреть в сторону, взгляды на собеседника только искоса, а также жест закрывания рта кулаком или ладонью. Последний жест означает, что в разговоре с больным обнаружена чрезвычайно "горячая" точка, на тему чего больной пока не расположен говорить. Аналогичными симптомами напряженности в беседе будут внезапно сжавшиеся челюсти, пальцы, постукивание по столу, появившееся во время беседы покачивание ног. Об уверенности в своей правоте говорит поза сидя на стуле верхом или ноги "четверкой", а также — руки за голову. Наконец, имеется группа жестов, свидетельствующая о том, что внимание больного исчерпано, информация больше не воспринимается и необходимо закончить диалог. Это — взгляд на часы, перекладывание бумаг на столе, ерзанье на стуле, комплекс оживления взгляда, частые взгляды на дверь.

Первое впечатление больного от встречи с врачом

Известный психолог Д. Карнеги в своей книге "Как завоевывать друзей и оказывать влияние на людей" (1976) отмечал, что "нет ничего приятнее для человека, чем звук его собственного имени", поэтому еще до первой беседы с больным целесообразно знать полное его имя, так как пациенту всегда будет импонировать такая информированность врача.

Если имеются условия и позволяет состояние больного, то первую беседу с ним лучше проводить наедине. Перед беседой медицинскому работнику обязательно нужно "посмотреть" на себя в зеркало: какой я иду. Это необходимо, т.к. на лице может оставаться мимика от предыдущего контакта, например, раздраженность, что может серьезно повлиять на первое впечатление.

Поскольку контакт с пациентом имеет две стороны — информационную и эмоциональную, то беседу хорошо бы начать тоном, которым мы говорим со старыми знакомыми. Хорошо, когда во время первой встречи имеется возможность не спешить и дать больному выговориться полностью. Первая беседа позволяет оценить ожидания больного о степени директивное™ контакта или наоборот, партнерства, сотрудничества. Первый разговор покажет также предпочтительный для данного больного контакт — информационные

сообщения или же эмоциональные проявления медицинского работника находят больший отклик у больного.

Больные, предпочитающие эмоциональный контакт, ищут в первую очередь сочувствия, человечности и никогда не простят отношения к себе, как к "материалу". Информацию такие больные воспринимают без сопротивления только от эмоционально-приятного собеседника. Вторая группа больных предпочитает информационный контакт—лишь врач, показавший свои деловые качества, становится достойным их уважения. Таким образом, обе стороны контакта являются необходимыми для успешного лечения, но очередность информирования врача разная с разными больными.

Иногда на первое впечатление влияет нарушение дистанций общения (интимное — до 0,5 м, дружеское — до 2,5 м, деловое — до 3 м, лекторское — до 7 м). Чтобы не нарушить дистанцию общения, лучше предложить больному расположиться самому, продемонстрировав таким образом, на каком расстоянии он предпочитает начать разговор. Если врач садится прямо на постель больного, то, помимо прочих негативных сторон, он нарушает дистанцию общения и вызывает скрытое сопротивление со стороны больного. Особенно ярко это проявляется при первой встрече, когда партнеры не знакомы. Следует знать и некоторые приемы "присоединения". Например, можно прикоснуться в беседе к руке, плечу больного, внимательно следя за его реакцией. Рекомендуется также, садясь, располагаться рядом с больным, а не через стол. Критерием первого впечатления будет то, как больной провожает врача или медицинскую сестру.

Техники убеждения

С необходимостью убеждать больного приходится сталкиваться ежедневно, особенно если принять во внимание, что около половины пациентов, согласно данным зарубежной статистики, не выполняют назначения врача. Поэтому для многих больных выписанный рецепт или рекомендация врача является не более, чем информацией к размышлению. Прямые, лобовые советы (уехать из данного города, уйти с этой работы и прочее), как правило, вызывают сильное сопротивление больного. Любопытно, что явное сопротивление (когда пациент честно отказывается выполнить совет врача), является обычно не таким сильным, как скрытое (когда на словах больной обещает все сделать и ничего не выполняет фактически).

Лучше прямых советов работают косвенные приемы убеждения. Психологическое клише: "Я бы на Вашем месте, может быть, сделал бы так..." Эффект косвенного внушения связан с тем, что оно вызывает минимальное сопротивление больного. Однако значимая ин-

формация должна исходить от значимого человека. Если контакт с больным формальный, то лучше подыскать референта из окружения больного (друга, родственника), который по совету врача доведет до больного эту необходимую информацию. Быстро и эффективно может помочь найти референта в окружении больного "Цветовой тест отношений" (Эткинд А. М., 1980).

В литературе приводится ряд конкретных методов (техник) убеждения.

1. *Метод выбора.* Больному следует описать все "за" и "против" (например, положительные и отрицательные стороны его жизни после какой-либо операции), подвести его максимально близко к решению окончательного выбора, который он делает сам.

2. *Метод сократовского диалога* (метод семи "да"). Врачу следует подготовить 7 вопросов, на которые больной ответит утвердительно. Последним идет то, в чем необходимо убедить пациента. Негибкие больные по инерции отвечают "да" и на последний вопрос.

3. *Метод авторитета.* Психологическое клише: "Консультант считает, что..."

4. *Метод вызова.* Психологическое клише: "Если Вы не сможете бросить курить, я Вас пойму, поскольку справиться с этим может только очень волевой человек". Метод практически не работает при убеждении женщин.

5. *Метод дефицита.* Определенная группа больных считает, что дефицитная процедура априорно считается хорошей. Поставив больного в ситуацию дефицита (например, очереди на консультацию или исследование), удастся без психологических потерь перейти через необходимость самой процедуры. Метод лучше работает при убеждении женщин.

6. *Метод проекции ожидания.* Психологическое клише: "Вы, как умный человек, конечно, согласитесь со мной, что..."

Вышеприведенные техники прямого убеждения "работают" гораздо лучше при разовых встречах с больным, а при длительных и тесных контактах большее значение приобретает *шпательная искренность врача*.

Спор и конфликт

Споры нужны и в медицине, и в жизни. В спорах мы становимся умнее и логичнее. Знание, преподнесенное больному в беседе, всего лишь информация к размышлению. Знание, полученное в споре, становится убеждением. Спор — борьба, и побеждает тот, кто лучше вооружен. Однако врачу

следует помнить, что нужно различать два вида споров. Есть споры конструктивные (реалисти-

ческие, предметные), где ищется истина и больной восполняет свой дефицит информации. И есть споры конфликтные, софистические (нереалистические, беспредметные), где не истина важна, а необходима победа любой ценой.

В первую группу споров с больным врачу вступать можно и нужно. Во вторую врача, как правило, втягивают насильно. Последний конфликтный спор надо распознавать сразу: он ведь тоже рядится в поиски истины. Признаки конфликтного спора следующие: нежелание и неумение слушать противника, монолог, а не диалог; переход с истины на дискредитацию личности противника; предубежденность; эмоциональная агрессия; демонстрация своей значительности; порицание и осуждение, особенно огульное, всеобщего характера, что является неосознанным стремлением повысить свою самооценку. Этот тип конфликтов нередко обуславливается предвзятым отношением пациента к медицинской службе в целом или к отдельному врачу.

Что же следует делать врачу, втянутому в конфликтный спор?

Во-первых, полностью дать высказаться противнику, чтобы он имел возможность сбросить агрессию.

Во-вторых, благожелательно и некатегорично попытаться локализовать спор. Психологическое клише: "Неужели Вы даже этого не знаете" или "Как Вы, конечно, знаете...".

В-третьих, не показывать антипатии и не игнорировать ум противника. Возможно, он увидел что-то важное, с этим непременно надо согласиться. Психологическое клише: "Не исключено, что я в чем-то ошибаюсь, давайте вместе разберемся...".

Главное в споре — узнать мотивы противника, зачем он затеял этот конфликтный спор. Это может быть стремлением к самоутверждению, к власти. Часто это выход раздражению или повышение своей самооценки за чужой счет. Мотивы могут не осознаваться, их обозначение словами вызывает мощный протест, агрессию, однако именно эти мотивы крайне важны для профилактики будущих конфликтных споров, в том числе и для снятия с врача обвинений по сути спора.

БЕСЕДА: ОБЩАЯ СТРУКТУРА

Особенности беседы, ее структура зависят от поставленных задач, личности и опыта врача, характера заболевания и этапа лечения. Однако можно выделить и некоторые общие элементы структуры и последовательности каждой беседы. Акценты на том или ином элементе беседы могут быть различными в зависимости от характера болезни и ее этапа, методов лечения и личности больного.

Первым ее элементом является установление психологической *атмосферы доверия и откровенности* в общении терапевта с пациентом. С этой точки зрения ошибочным является чрезмерное "выпытывание" больного при сборе анамнеза. Как правило, такая сверхнастойчивость врача вызывает сопротивление, уход и замкнутость пациента. Желательно начинать диалог с уточнения анкетных данных в стиле взаимного знакомства, а не допроса. Это позволит с первых минут задать необходимый тон общения и быстро психологически взаимно адаптироваться.

В процессе беседы врач должен проявлять терпимость к человеческим слабостям и категорически *избегать роли моралиста*. Явно выражаемая врачом моральная оценка негативных поступков больного неизбежно несет в себе элемент осуждения, что затрудняет контакт и толкает больного на сокрытие некоторых эпизодов жизни, которые, возможно, существенны для понимания причины болезни. Это, конечно, не означает того, что врач одобряет негативные поступки больного, но он принимает его таким, какой он есть. Основная задача врача — лечение, и каждый больной, независимо от его личностных особенностей, имеет право на максимально возможную медицинскую помощь.

Внешний вид врача, поведение, поза, выражение лица — все должно демонстрировать больному искреннюю заинтересованность беседой и участие в проблемах больного. Не следует, однако, забывать и то, что диалог с больным — это не праздный разговор, а довольно напряженная работа как врача, так и больного. Поэтому следует избегать и другой крайности — выслушивания нецеленаправленного "излияния" больного. Необходимо умелое управление ходом беседы с больным, и инициатива в общении должна принадлежать врачу.

Вторым элементом беседы является предоставление больному *необходимой и понятной информации относительно болезни и лечения*. В беседе не следует употреблять специальную медицинскую терминологию. Несмотря на очевидность этого положения, студенты старших курсов и молодые врачи регулярно его нарушают. Вероятно, это обусловлено характером обучения, необходимостью освоения профессионального языка. Число терминов, которыми должен овладеть студент-медик, по объему эквивалентно изучению трех иностранных языков. Усвоить такой объем информации можно, лишь постоянно используя ее. Все студенты и начинающие врачи вначале испытывают серьезные трудности при общении с больным, который о своем заболевании рассказывает бытовым языком и способен воспринимать только лишенные медицинской терминологии

вопросы. Кроме того, не следует забывать, что понятные для больного разъяснения, его просвещение способствуют усилению веры больного в врача как знающего специалиста.

Третьим элементом беседы является *обсуждение с пациентом динамики проявлений болезни и хода лечения*. Здесь важно согласование с больным поэтапного выполнения лечебных задач, степени и формы участия самого больного в лечебном процессе. Врач активно поддерживает адекватное этапу болезни поведение больного и сдерживает нежелательные поведенческие реакции.

Четвертым элементом беседы может быть *обсуждение какой-либо проблемы* больного, связанной с жизненной ситуацией, межличностным или внутриличностным его конфликтом. Интерпретация обсуждаемой проблемы в случаях невротизма или другой психогенной патологии направляется на осознание пациентом связей между особенностями конфликта, нарушенной системой его отношений, патогенной ситуацией и функциональными болезненными расстройствами.

Пятой, заключительной, частью беседы является *подведение итогов*. В каждой беседе важно точной формулировкой определить достигнутое и наметить дальнейшие задачи лечения. Не следует забывать подчеркивать соответствующее участие самого больного в процессе лечения.

Строя общение с больным, целесообразно понимать, что лучше всего усваивается конец беседы, хуже — начало и совсем плохо — середина беседы. Эмоциональный накал в конце беседы приближает ее к внушению в состоянии бодрствования. После первой же беседы больному необходимо хотя приблизительно знать свою лечебную перспективу и иметь надежду. Если невозможно дать надежду, то хорошо бы поставить цель. Это делает больного активным участником своего выздоровления.

Познавательный аспект беседы

Врач является важнейшим источником сведений, нужных для больного, особенно на первом этапе лечения, уже при первой их встрече. Эти сведения касаются характера болезни, прогноза течения ее, методов лечения и перспектив выздоровления. Для врача важно знать особенности собственной "концепции" пациента о болезни, его представлений о ее причинах, выраженности у него чувства угрозы для жизни и эмоционального стресса на факт заболевания, влияние болезни на социальную ситуацию ("*масштаб переживаний*" больного). С учетом этих данных и особенностей личности больного врач по уточнении диагноза передает пациенту

свое понимание болезни и обсуждает с ним методы лечения. Устранение дефицита информации — важнейший аспект любой беседы и суть *малой повседневной психотерапии лечащего врача*, по Б.Е. Вотчалу (1972). Искусство заключается в том, кому и сколько сказать. При этом никогда не следует давать больному оснований уличить врача в обмане.

Известные трудности представляет сообщение диагноза больному с тяжелым и малокурабельным заболеванием, объяснение его сущности и прогноза. Больной обычно знает или догадывается об истинной природе заболевания. Однако неутрачивающие объяснения врача поддерживают у него механизмы психологической защиты по типу "отрицания", которые и создают двойственную позицию в представлениях больного о диагнозе и тем самым сохраняют надежду на возможность благоприятного исхода.

Основное условие, которое следует учитывать при сообщении диагноза, — знание того, что хочет и что боится услышать больной. Главное требование при сообщении диагноза и прогноза — это щажение чувств больного и его родных.

Никогда не следует обманывать. Лучше недоговорить, чем обмануть. Надо подбирать слова, чтобы они ободряли и в то же время не давали повода больному и его родным говорить, что врач их обманул или ошибся.

Прогнозирование в медицине всегда представляет собой сложную задачу. Очень часто то, что представляется больному и его родным неопасным, нетяжелым, на самом деле вовсе таким не является. Важно умение так отвечать на вопросы о прогнозе, чтобы избежать ятрогенного воздействия.

При сообщении прогноза, особенно если он неблагоприятный, надо быть экономным в словах. Не стоит вдаваться в подробности и прибегать к специальным терминам. Там, где это возможно, хорошо бы указать приблизительные сроки в изменениях течения болезни к лучшему. Более подробно описываются лекарства, порядок их приема, каковы они на вид и вкус и как себя вести после приема препаратов.

Особый характер носит объяснение врача в случае онкологического заболевания. Во многих случаях нет необходимости открыто говорить больному о наличии у него злокачественной опухоли. Расширение информации о болезни безусловно необходимо тогда, когда больной недооценивает степень риска и отказывается от операции или другого вида лечения, а также в особых ситуациях, связанных с юридическим оформлением передачи по наследству имущественных или иных прав пациента. Онкологические больные нуждаются в диффе-

ренцированной врачебной тактике и в плане общения и эмоционального контакта с учетом динамики "масштаба переживаний" больного по поводу своего состояния.

Эмоциональный аспект беседы и самоконтроль врача

Наряду с потребностью в разъяснениях, больной всегда испытывает потребность в определенном характере эмоционального общения с врачом. Больному важно видеть в враче не только хорошего специалиста, но и человека, который поймет его переживания, связанные с болезнью и его жизненной ситуацией.

Основу такого контакта между врачом и больным составляет доверительность. Обычно речь идет о доверии больного к врачу, и сама ситуация болезни и ее лечения содействует его повышению. Однако немаловажное значение имеет и определенная степень доверия врача к своему больному. Последнее является существенным фактором, определяющим характер эмоциональной дистанции между терапевтом и пациентом. Здесь следует различать жалость ("мне жаль Вас"), симпатию ("я сочувствую Вам") и эмпатию ("я с Вами"). Эмпатический подход необходим врачу прежде всего как человеческое отношение к пациенту, именно он необходим для углубления доверительного контакта.

Беседуя с пациентом и наблюдая за ним, врач нередко акцентирует внимание лишь на его реакциях и поведении и значительно реже—на своих собственных чувствах и поведении. Врачу следует помнить, что суть межличностного общения состоит в постоянном действии "обратной связи". Врачу необходимо поддерживать в себе определенный эмоциональный самоконтроль, чтобы сохранить благожелательность даже при раздражительности, неадекватных реакциях и неадекватных установках больного. Скрываемое или недостаточно осознаваемое врачом негативное отношение к пациенту приводит к ухудшению контакта, так как больной улавливает невербальные проявления эмоций (мимика, жесты, интонации голоса) и тем самым получает представление об истинном отношении к нему врача.

Невербальное поведение врача особенно обостренно воспринимается мнительными и недоверчивыми пациентами. Они часто больше верят выражению лица врача, чем его словам, и это иногда может послужить источником "немой" ятрогении. В отношении таких пациентов весьма важным является убедительность и уверенность в разъяснении всех вопросов и сомнений больного. Врач также должен понимать, что его собственные чувства и отношения могут, в силу нарушения взаимоотношений с больным, влиять на правильность клинического анализа больных.

В психоанализе важное значение уделяют терапевтическим механизмам в лечебном процессе ("терапевтическом союзе" врача и больного) придают анализу переноса (трансфер), контрпереноса (контр-трансфер) и сопротивления.

Перенос и "невроз переноса". Перенос (от лат. *transfere* — переносить) был впервые описан Фрейдом и означает чувства и поведение больного по отношению к врачу, которые основаны на инфантильных желаниях больного. Другими словами, трансфер появляется тогда, когда пациент переносит на врача чувства любви или ненависти, которые он раньше испытывал к другому значимому для него человеку (часто к родителям). Врач в этом случае играет роль заместителя объекта любви.

Эти чувства являются бессознательными, но могут обнаруживаться в высказываниях больного, в свободных ассоциациях или в содержании сновидений. Перенос может быть позитивным, при котором врач видится личностью исключительных достоинств, способностей и характера (доверие, уважение, восхищение, любовь), или он может быть негативным, при котором его презирают и не видят никаких положительных качеств (недоверие, страх, отвращение, ненависть). Обе ситуации отражают потребность больного в повторении неразрешенных конфликтов детства.

Эти чувства пациента по отношению к врачу возникают самопроизвольно, т.е. при отсутствии в поведении врача объективных причин, которыми они могли бы быть объяснены. Важно отметить то, что Фрейд рассматривал трансфер как феномен, присущий любым человеческим отношениям и проявляющийся не только в терапевтическом сеансе, но и в обыденной жизни. Он подчеркивал, что, хотя возникновение отношения переноса предполагает наличие двух субъектов, само отношение реализуется только одним из членов пары: ребенком, влюбленным, верующим, пациентом. При этом второй член пары наделяется всеми необходимыми для реализации отношения качествами. Чем сильнее стремление к реализации отношения, тем больше может быть разрыв между реальными и воображаемыми качествами врача. Наконец, возможно состояние трансфера, когда другой субъект полностью может быть продуктом воображения.

Так как феномен трансфера не осознается пациентом, то его при психоаналитической терапии используют для создания "невроза в миниатюре" — *невроза трансфера*. При этом терапевт поощряет развитие трансфера, не давая никаких объяснений по поводу его функционального значения. Невроз трансфера повышает вероятность появления у пациента инсайта — неожиданного осознания своих прочно укоренившихся способов переживания и чувств на значимых лиц, начиная с раннего детства. Ортодоксальный психоанализ рассматривает анализ переноса как абсолютно необходимый этап терапевтического процесса.

Противоперенос — точно так же, как и перенос, используется для отнесения всего диапазона ощущений врача по отношению к

больному. Противоперенос также имеет бессознательные элементы, основанные на конфликтах, о которых врач не подозревает. В идеале врач должен знать вопросы, касающиеся противопереноса, которые могут помешать его способности оставаться доброжелательным и объективным. Врач должен устранить эти препятствия самоанализом или прибегнув к помощи аналитика. Однако как бы то ни было, имеются больные или группы больных, с которыми данному врачу трудно хорошо работать. Опытный врач, осознав это, отправляет таких больных к своему коллеге.

Терапевтический союз и явления сопротивления. Кроме бессознательных явлений переноса и противопереноса, имеется, естественно, и реальная связь между врачом и больным, которая представляет связь между двумя взрослыми людьми, вступившими в совместное мероприятие, которое называют "терапевтическим" союзом. Оба посвящают себя раскрытию проблем больного, устанавливают взаимное доверие и сотрудничают друг с другом, чтобы достигнуть реальной цели — лечения или коренного улучшения состояния.

Ряд бессознательных идей или импульсов, которые были вытеснены когда-то и не допускаются в сознание (неприемлемы для него по некоторым причинам), у обоих участников терапевтического союза могут влиять на успешность общения и лечения в целом. Фрейд называет эти феномены сопротивлением. Например, сопротивление со стороны пациента иногда бывает осознанным, а иногда не осознается и проявляется лишь опозданиями и пропусками приема врача. Фрейд полагает, что любое лечение может считаться психоанализом, если оно направлено на преодоление сопротивления и интерпретацию переносов.

ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕЖДУ ВРАЧОМ И БОЛЬНЫМ

После установления контакта между врачом и больным процесс общения приводит к созданию определенных форм взаимодействия между врачом и больным, которые устойчиво сохраняются в ходе терапии или изменяются на разных ее этапах. С точки зрения характера активности врача и степени участия больного в лечебном процессе можно выделить две основные формы их взаимоотношения: руководство и сотрудничество (партнерство).

Руководство — врач занимает ведущую, активную позицию, а больной остается сравнительно малоактивным. Руководство представляет собой выражение авторитета и власти специалиста, который всю ответственность за основные вопросы в период лечения берет на себя. Нередко такой врач наделяется "магическими" качествами, и больные особенно восприимчивы к его суггестивным вли-

яниям. Эти больные воспринимали врача как доминирующую силу и были ориентированы на подчинение по типу "врач знает все, больной — ничего". Некоторым больным с относительно незрелой личностью, нуждающимся в руководстве, в авторитетных советах, этот тип контакта был необходим, для них он был эффективен на первом этапе лечения. Недостатком этого типа взаимоотношений является низкая активность больного, а также нередко зависимость от врача по завершении лечения. Разъяснения, советы и рекомендации достаточно обоснованы, когда они касаются медицинского аспекта болезни и лечения. Но обоснованность их значительно уменьшается, когда затрагиваются морально-ценностные вопросы. В этих случаях неизбежно отражаются собственные ценностные ориентации врача, которые могут быть иными, чем у больного (например, проблемы брака, выбора профессии или перемены работы).

Партнерство — это модель неавторитарного сотрудничества, союза и предполагает активное участие больного в лечебном процессе, развитие его самостоятельности и ответственности в выборе альтернативных решений. Сотрудничество наиболее эффективно у больных, стремящихся противодействовать болезни. Пациент ожидает, что врач будет обсуждать и согласовывать с ним все предпринимаемые им действия, оставляя право принятия решения за больным. Врач избегает давать прямые указания, рекомендации, советы относительно реальных жизненных проблем своего пациента, поскольку такое поведение может подкреплять тенденции ухода от принятия решений им самим.

Если на первом этапе лечения врач избирает стиль "руководства", то в последующем он может стремиться к установлению сотрудничества (партнерства) в общении с больным. На разных этапах лечения отношения между больным и врачом выполняют разные функции.

На первом этапе лечения доминирует установление взаимопонимания, согласование целей лечения.

На втором этапе лечения более определенно структурируется система взаимоотношений между больным и врачом, устанавливается стиль ролевого поведения каждого из них и степень участия в лечебном процессе. Врач использует взаимоотношения с пациентом как лечебный инструмент (эмоциональная поддержка, коррекция межличностного опыта, конфронтация и т.д.).

На третьем этапе лечения врач снижает свою активность, способствует углублению самостоятельности и независимости пациента.

Наиболее распространенным подходом к пониманию взаимоотношений врача и больного в отечественной медицине является пред-

ставление об активной позиции врача, который, однако, избегает крайностей директивного и недирективного стилей.

В условиях платной медицинской помощи ожидания и требования пациента возрастают и некоторые параметры описанных моделей взаимоотношений, в частности ответственность и директивность, эмпатичность и искренность врача, подвергаются со стороны больных испытанию. В этих условиях все чаще стали вспоминать о так называемой *"контрактной"* (договорной) модели взаимоотношений "врач—пациент". С одной стороны, эта модель соответствует духу частного предпринимательства, рыночных отношений спроса и предложения, этике купли-продажи, а с другой, она позволяет структурировать и контролировать лечебный процесс обоими участниками.

Само понятие контракта кажется малосовместимым с искусством врачевания, однако структура контрактного взаимоотношения может быть наполнена духовным, творческим, личностно-интимным содержанием. При этих условиях такому типу взаимоотношений будет приемлемо дать название *"конвенциональное сотрудничество"*. Здесь на первом плане находится стремление к согласованию понимания болезни, постановка реальных задач и ожидаемого результата, взаимные обязательства. Пациент, заключая контракт, полагает, что он получает гарантии на квалифицированную помощь, ее удобство и доступность (четкое расписание посещений, право прервать курс и найти другого врача). Он ожидает, что врач будет согласовывать с ним важнейшие шаги в ходе лечения. Одновременно врач предъявляет к пациенту требования сотрудничать в ходе терапии, выполнять лечебные рекомендации и правила, следовать здоровому образу жизни. Согласовывается все—частота посещений, длительность лечения, предполагаемые результаты, стоимость. При неуверенности врач может предложить пациенту заключить соглашение всего на несколько посещений и, если есть взаимная удовлетворенность, оно может быть продлено.

ХАРАКТЕР ЗАБОЛЕВАНИЯ И ТИП КОНТАКТА

Немаловажным фактором, который определяет формы взаимодействия врача и больного, является характер заболевания.

Руководство как модель полностью доминирующей позиции врача включает много вариантов. В случае, например, коматозного состояния и при выходе из него или в ситуации операции больной совершенно беспомощен и пассивен, всю ответственность врач в данных условиях берет на себя, лечение осуществляется без активного сознательного участия больного. Если же заболевание протекает остро (инфекции, травмы и т.д.), но с сохранением сознания, то пассивность больного уже не носит абсолютного характера. Врач об-

суждает с ним ряд вопросов лечения, дает советы относительно поведения в данной ситуации.

Другая форма взаимодействия врача и больного — сотрудничество (партнерство) — также может иметь различные варианты в зависимости от характера заболевания, методов лечения. Эта форма взаимодействия особенно важна при хроническом течении заболевания, при неострых психических расстройствах или в период интенсивных реабилитационных мероприятий, т.е. в тех случаях, когда необходимо соучастие больного в лечебном процессе.

Особенности контакта с больными в терапевтической клинике

Формы взаимодействия врача и больного при лечении соматических заболеваний различны в острый период и в фазе выздоровления. В острый период врач должен быть достаточно активным при выявлении и разрешении всех вопросов, беспокоящих больного, так как в этот период больной обеспокоен своим состоянием, тревожен и нерешителен. Врачу надо быть особенно осторожным в высказываниях, так как больной с обостренным вниманием воспринимает каждое его слово. Вполне обоснованным на первом этапе является подчинение больного врачебным указаниям. Однако сохранение такой пассивной позиции пациента на последующих этапах лечения нежелательно и может способствовать усилению его социальной неадаптивности. К моменту выписки и на этапах амбулаторного лечения отношения врач — больной должны приобретать характер сотрудничества.

При лечении психосоматических заболеваний в процессе взаимодействия врача и больного удельный вес психотерапевтических мероприятий нарастает. При "ситуационных" (первично психогенных) психосоматических реакциях следует обратить внимание на механизмы психологической защиты. Необходимо пытаться формировать у больного более адекватные способы его реагирования на конфликтные ситуации.

При "личностном" варианте психосоматического реагирования врач использует различные психотерапевтические методы с целью коррекции нарушенных установок и взглядов больного на свое социальное окружение, пересмотр уровня притязаний. При выборе психотерапевтических методов при лечении психосоматических расстройств основной акцент делается не столько на болезнь, сколько на личность пациента и его ситуацию, важное значение придается особенностям взаимоотношений врача и больного, их "психологической совместимости".

Различные нозологические формы заболеваний способствуют проявлению некоторых специфических особенностей клинических проявлений психологических изменений. Они обычно обусловлены локализацией патологического процесса, длительностью заболевания, выраженностью болевого синдрома и другими факторами (например, при сердечно-сосудистых заболеваниях имеет место феномен, который R. Johnson назвал "социокультурной символикой сердца", связанный с тем значением, которое придает человек сердцу).

Особенности контакта с больными в хирургической клинике

При оперативных вмешательствах предпочтительным также является врачебное руководство. Однако положение существенно меняется после операции, возникает новая ситуация и новые задачи лечения, которые требуют партнерства, активного участия больного в лечении и реабилитации. Элементы сотрудничества важно формировать уже в предоперационный период, нередко в условиях жесткого лимита времени. Преодоление страха перед операцией достигается хирургом либо суггестивным влиянием при большой вере в него пациента, либо выяснением имеющихся у больного сомнений и разубеждением. Замечено, что легче успокоить больных, когда их страх отчетливо проявляется в поведении. Значительно труднее это бывает в отношении других больных—хладнокровных, рассудительных, дисциплинированных. У таких больных страхи могут проявляться в виде кризов, коллапса, шока или в неожиданных и необычных психопатологических симптомах. Не следует жалеть времени на психологическую подготовку таких больных к операции. По мнению И. Харди (1981), психологическая подготовка к операции должна проводиться столь же тщательно, как и подготовка операционного поля.

Особенности контакта с больными в психиатрической клинике

При лечении психических заболеваний тип контакта врача с больным чаще определяется особенностями их психопатологии. Вне зависимости от предлагаемых типологий взаимоотношений врача и больного в психиатрии, все авторы подчеркивают роль положительной эмоциональности врача в психотерапевтическом подходе при общении с душевнобольными, что улучшает их взаимоотношения с окружающими. Важно умение врача поддерживать коммуникацию.

В литературе описывается много различных форм недирективного поведения врача в общении с душевнобольными: отражение, прояснение, приближение к действительности и другие (Rogiewicz A., 1978). Все они способствуют более реалистической оценке больны-

ми действительности. Замечено, что более эмпатийные психиатры добиваются лучших успехов в лечении больных шизофренией, а психиатры более эмоционально нейтральные, предпочитающие технические приемы, оказываются более результативными у невротиков. При депрессиях отмечается повышенная потребность больных в зависимости. Директивность, готовность психиатра к почти постоянному пребыванию рядом с пациентом, формирование положительного эмоционального контакта является часто гарантией сохранения жизни депрессивного больного. По мере уменьшения степени депрессии следует постепенно уменьшать и зависимость больного, переходить от директивности к недирективности в отношениях с ним.

Отражение — возвращение пациенту его высказываний (вопросов, мнений, чувств), но в иной форме. Например, больной: "Я могу сейчас уйти из больницы?"—врач: "Судите сами, будет ли это целесообразно и возможно именно сейчас". Или в ответ на агрессивное высказывание пациента: "Я хотел бы убить Вас за это" врач спрашивает: "То, что я говорю, вызывает у Вас гнев?". Если пациент передает важные мысли и чувства, врач отражает их, начиная словами: "Вы считаете (чувствуете), что...".

Отражение как форма реагирования дает возможность больному точнее осознать сказанное им самим, склоняет к рефлексии по поводу собственных высказываний и одновременно означает, что его высказывания являются серьезными и стоящими размышления.

Прояснение (тарификация) — прием, который определяется как попытка придать ясный смысл неотчетливым, неточным высказываниям больного. Врач уточняет высказывания больного, начиная со слов: "Я понял, что...", "Из вашего высказывания вытекает, что...". Уяснение в информационном плане полезно не только врачу, но и больному.

Приближение к действительности — это форма реагирования врача на обманы восприятия у больных, бредовые построения. Врач сообщает больному свое видение мира, не вступая с ним в спор и не отрицая его переживаний: "Я не вижу в этой комнате никого", "Я не заметил того, что кто-то к Вам плохо относится" и т.п. Иногда предлагается оценивать бредовые высказывания как символические, отражающие соответствующие эмоции. Например, больной говорит, что он бог. В ответ на это врач отвечает: "Вы хотите сказать, что Вы самый мудрый, сильный и лучший среди людей".

Особенности контакта с больными в клинике неврозов

Только шоковая психическая травма может вызвать невроз у полностью здоровой личности. Обычные же психотравмирующие ситуации носят "медленный" характер и декомпенсируют психику постепенно. Степень вероятности срыва зависит от многих факторов,

например, возрастного. Существуют возрастные периоды, когда опасность срыва более вероятна, это пубертатный, климактерический, старение, а также кризисы взрослых людей, происходящие обычно в 28-30 лет, 40-45 лет, 55-56 лет. Лейтмотивом этих кризисов является несоответствие задуманного и сделанного в жизни, переоценка жизненных ценностей. Также патогенными в этом плане психической дезадаптации являются ситуации ломки жизненного стереотипа ("боевого крещения") — начало трудовой деятельности, семейной жизни или службы в армии и т. д., что декомпенсирует больного быстрее и легче.

Первым этапом дезадаптации психики является появление "проблемных жалоб". Они отражают социальную сторону ситуации, больные жалуются на производственные конфликты, семейные неурядицы, но главное — жалоб на здоровье пока еще нет. Этот этап носит название ситуационной обратимой психической дезадаптации, за ним следует этап патологической психической дезадаптации, предболезненное по отношению к неврозу состояние. На этом этапе появляются первые жалобы уже не проблемного, а болезненного характера: на головную боль, раздражительность и другие. Если ситуация не разрешается и больному не оказывается помощь, возникает собственно заболевание — невроз. При длительности не более 2-3 месяцев его можно рассматривать как невротическую реакцию. Невроз, затянувшийся на годы, носит название невротического развития.

Невроз — функциональное расстройство центральной нервной системы. Его причина — психотравмирующая ситуация, вследствие которой нарушаются важные для больного жизненные отношения. Астения и перенапряжение вегетативной нервной системы приводят к целому комплексу вегетативных дисфункций. Они проявляются в виде жалоб на нарушение деятельности каких-либо органов, но объективных изменений найти не удастся. Известно, что до 80% больных соматических клиник обнаруживают признаки невротизации разной степени выраженности.

Взаимоотношения врача и больного неврозом имеют особенности в зависимости от применяемых методов лечения. При выборе методов психотерапии следует учитывать, что чем более реактивным является заболевание, тем легче снимаются его проявления с помощью симптоматической психотерапии, в частности директивно-суггестивных методов. Но чем глубже изменила болезнь отношения и характер личности, тем более необходима в лечении такого больного патогенетическая психотерапия, направленная на реорганизацию личности (Мясищев В.Н., 1973).

Особенности контакта с больным в стоматологической клинике

Стоматология исторически изначально тяготеет к мануальным и техническим аспектам лечения. Однако и она совершала развитие, приведшее ее к все более тесной связи с общей медициной. Возрастающее значение психологии для современной профессиональной деятельности, удовлетворяющее не только техническим, но прежде всего этическим и социальным требованиям, особенно заметно на примере профилактической стоматологии (Fisch M., 1996).

Зона рта и губ относится к интимной зоне. Она непосредственно связана с чувствами и загружена положительным и отрицательным аффектом. Вмешательство здесь воспринимается весьма личностно близким и находится под решающим влиянием личности стоматолога.

Психологические исследования показывают, что зубы имеют ценность силы, потенции в широком смысле, украшения и красоты, выходящую за пределы своей анатомической структуры и организации. Их символическая ценность, сравнимая с таковой по поводу волос на голове, оказывает в качестве признака здоровья и совершенства влияние на эстетическое восприятие собственной ценности и связанное с этим психофизическое самочувствие. Особенно важную роль в этом плане играют передние зубы, при этом не менее важная жевательная функция, локализуемая в менее видных зонах, получает меньшее внимание, чем передние зубы.

Психологической проблемой является и то, что, несмотря на относительно высокую ценность зубов и широкую санитарно-просветительную работу, проводимую средствами массовой информации в этом отношении, приходится все еще стимулировать волю к самодисциплине и простым мерам профилактики для сохранения здоровья полости рта у большинства больных.

Приход к зубному врачу часто является стрессом для больного, связанным со страхом ожидания, напряженностью и вегетативной дистонией, а стоматологическая терапия, несмотря на столь широкие сегодняшние возможности анальгезии, все еще воспринимается некоторыми пациентами как болезненная и даже агрессивная.

Следует учесть также, что больные часто собираются к стоматологу с некоторым чувством вины, предполагая, что сами во многом виноваты в появлении своих страданий. Страх и чувство вины является, вероятно, важнейшими факторами, ведущими к пренебрежению регулярными контрольными осмотрами у врача.

Инструментально обусловленные трудности вербальной коммуникации и физическая близость к врачу также вызывают чувство

беззащитности и беспомощности. Этот страх может выражаться в разных реакциях, например, бегстве от лечения или откладывании консультации, агрессии, физическом сопротивлении, кусании.

Первый контакт и первый разговор между стоматологом и больным могут оказаться решающими для дальнейшего поведения больного и хода терапии. При этом врач должен знать, что стоящий на переднем плане страх в современной психологии уже не воспринимается больше как патологическое отклонение функции, а как нормальная, здоровая реакция предупредительной системы. Поэтому его задачей является побудить больного признать свой страх, жить с ним и справляться с ним. Стоматолог должен знать, что пациент сегодня хочет восприниматься как партнер, поскольку часто не является медицински или стоматологически безграмотным. Пациент невольно ожидает при входе в кабинет эмоционального отклика врача, который предложит ему помощь и поддержку.

Работа в полости рта означает вмешательство в психологически особенно чувствительной зоне. Близкий контакт лицом к лицу может вызывать иногда ощущение зондирования совести до самой глубины души или беспощадного раскрытия самых тайных чувств.

Имеются группы больных, предъявляющие повышенные требования к психологической эмпатии врача, — это дети и подростки с их возрастной лабильностью и ранимостью, невротики с их неосознаваемыми страхами и непереработанными конфликтами, а также пожилые больные и инвалиды, возлагающие дополнительные обязанности на стоматолога, благодаря своим социальным и медицинским проблемам.

Стоматологическое обслуживание детей должно начинаться уже во время беременности во время санитарно-просветительной работы с матерями о возможностях предохранения от порчи зубов. Установки родителей по этим вопросам существенно влияют на соответствующее поведение ребенка. Дети особенно склонны к тому, чтобы проецировать в ситуацию лечения у стоматолога свои личные проблемы и страхи. Они в гораздо большей степени воспринимают стоматологическое лечение как конфликтную ситуацию, в которую они вовлечены против своей воли и которой они не могут сопротивляться безнаказанно. Ребенок видит себя перед проблемой, не имеющей удовлетворительного решения.

Регулирование положения зубов у детей предъявляет к ребенку гораздо большие требования, чем лечение зубов, поскольку в результате бросающихся в глаза положения зубов и аппаратуры он нередко страдает от чувства собственной неполноценности. Кроме того, уже сейчас не вызывают сомнения факты, говорящие о психо-

соматических аспектах челюстной ортопедии, традиционно предпочитающей технически ориентированное лечение. За дефектами формирования челюсти у ребенка могут стоять факторы, связанные с наследственностью, неразрешенными личностными конфликтами и трудностями социальной адаптации, глубинными ранними нарушениями между матерью и ребенком.

В стоматологической практике встречается категория больных, которые жалуются на боли, неприятные ощущения в зубах, челюстях, языке, губах и других частях лица, причина которых не ясна или объективные изменения не соответствуют жалобам больного. Ряд больных предъявляют стоматологу упорные жалобы на боли в языке (глоссалгия) и различные нарушения типа затруднений движения языка (глоссадиния). Боли, жжение в языке мучают больного — они снимают коронки, просят "спилить острые углы на зубах", просят удалить "мешающие" при разговоре и еде зубы. Значительная часть таких больных может страдать маскированной (ларвированной) депрессией. Собственно психические проявления депрессии (подавленность, "тусклость" настроения, снижение витальных функций) здесь трудно уловимы даже для опытного психиатра, иногда только пробное лечение антидепрессивными препаратами помогает поставить правильный диагноз.

Наряду с нестабильными, всегда мечущимися от одного зубного врача к другому в поисках того, кому они согласны доверять, и претенциозными больными, категорично настаивающими на проведении определенных методов лечения, имеется еще определенный тип трудных больных. Их всех отличает невротический страх, встречающийся в рамках 4 личностных структур. Все это скрыто в ранней биографии больного и не может быть снято простыми уговорами.

Больные с преимущественно *истерической* структурой представляют источник наиболее острых трудностей. Их страх легко переходит в соматические состояния, например, в обмороки. Повышенная внушаемость делает их доступными психологической помощи. На них хорошо действует спокойная, деловая, благожелательная, но твердая позиция стоматолога, если она принимает характер некоторого балования в сочетании с теплотой, сердечностью и юмором.

Пациенты с *обсессивными чертами* чаще закрепощены, зажаты, полны сомнений и робости. Их неспособность к принятию решений затягивает визит к зубному врачу. Выраженные симптомы навязчивостей, как, например, страх загрязнения, могут затруднить стоматологическую работу, делая ее нередко возможной лишь после психотерапевтического вмешательства. Часто страх больных перемещается в

чисто соматическую сферу в виде бледности кожи, тахикардии. У них показан контроль сердечно-сосудистой системы.

Больные с *депрессивной структурой* с готовностью подчиняются указаниям врача, что, однако, не должно вводить в заблуждение относительно их ограниченных возможностей психической выносливости. Зубы для них имеют повышенное символическое содержание, в связи с чем они трагичнее, чем обычный больной, воспринимают их дефект или потерю, как и всю ситуацию лечения. Решающим здесь должно являться то, что больного необходимо воспринимать как личность, а не случай.

Шизоидные больные, вследствие нарушений раннего психического развития, демонстрируют недостаточный контакт с окружающим миром. Их недостаточное "психологическое питание" в раннем детстве порождает в них базисное недоверие, ведущее к кверулянтс-кой позиции, ипохондричности, враждебности и даже провокациям в адрес зубного врача. Они представляют собой наиболее тяжелую интерперсональную нагрузку в стоматологической практике. Если врач выстоит, проявляя спокойное, доброжелательное, эмпатическое терпение и деловитость, больной вознаградит его психологическое понимание верностью.

Реакции больных на повреждения лица. Значительно тяжелее, чем травматическую потерю части тела, больные переживают повреждения лица. В обществе лицо человека играет роль не только в создании впечатления на других людей, но и в создании впечатления о самом себе. Лицо связано с эмоциональной сферой, и разрушение этой связи приводит к тяжелым изменениям эмоций, самосознания. У людей с повреждениями лица (ожоги) нередко возникает отвращение к себе, они становятся чувствительными к высказываниям окружающих, развивается подозрительность, чрезмерная обидчивость. Возможны и длительные расстройства настроения—депрессии, нередки попытки самоубийства. Часто развиваются стойкие изменения характера по типу патологического развития (возбудимость, истеричность, подозрительность с переходом в паранойяльность). Не следует забывать, что после оперативных вмешательств на лице, больного следует специально готовить к "первому взгляду на себя в зеркало".

Глава 34

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ

СООТНОШЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Оказание психологической помощи — одна из наиболее значимых проблем в клинической психологии. Она необходима здоровым людям (клиентам) с разнообразными житейскими проблемами, находящимся в кризисном состоянии, а также больным (пациентам) с различными психическими и соматическими заболеваниями, имеющим психологические проблемы, невротические и психосоматические расстройства, а также характерологические и личностные отклонения.

Психологическая помощь — область практического применения психологии, ориентированная на повышение социально-психологической компетентности людей. Она может адресовываться как отдельному субъекту, так и группе, организации.

В клинической психологии психологическая помощь включает предоставление человеку информации о его психическом состоянии, причинах и механизмах появления у него психологических или психопатологических феноменов, а также активное целенаправленное психологическое воздействие на индивида с целью гармонизации его психической жизни, адаптации к социальному окружению, купированию психопатологической симптоматики и реконструкции личности для повышения порога фрустрационной толерантности, формирования стрессо- и неврозустойчивости.

Основными способами оказания психологической помощи в клинической психологии являются психологическое консультирование, психологическая коррекция (психокоррекция) и психотерапия. Все они направлены на различные стороны личности, но различаются по целям и способам воздействия. Все виды психологической помощи могут применяться отдельно и в сочетании.

Психологическое консультирование — главной целью его является научно организованное информирование клиента (пациента) о его психологических проблемах с учетом его личностных ценностей и индивидуальных особенностей с целью формирования активной личностной позиции, специфического мировоззрения и взгляда на жизнь (принципиальные и непринципиальные стороны

человеческого существования, формирование иерархии ценностей).

От классической психотерапии психологическое консультирование отличается отказом от концепции болезни, при этом основное внимание уделяется ситуации и личностным ресурсам клиента по ее преодолению. От обучения консультативную психологию отличает придание значения не столько знаниям, которые сообщаются пациенту в ходе консультативных встреч, сколько особым взаимоотношениям между консультантом и клиентом, порождающим у последнего дополнительные возможности самостоятельного преодоления трудностей. Однако между этими тремя областями жестких границ нет — модели обучения, консультирования и психотерапии взаимообогащают друг друга.

Консультирование в большей степени ориентируется на психологическое воздействие, т.к. учитывает цели пациента. Вследствие этого в процессе консультирования с помощью специальных методов воздействия осуществляется нормализация психического состояния индивида, расширение представлений о себе, ситуации, вариантах преодоления жизненных сложностей, внутриличностных конфликтов и приобретения навыков психологической защиты и компенсации.

Психологическая коррекция (психокоррекция) — понимается как деятельность специалиста по исправлению (корректировке) тех особенностей личности, психического развития клиента, которые не являются оптимальными для него. Ее целью является выработка и овладение навыками адекватной для индивида и эффективной для сохранения здоровья и психической деятельности, способствующей личностному росту и адаптации человека в обществе.

Методы коррекции, как и психологического консультирования, многообразны, выбор их зависит от того, к какой школе принадлежит психолог (подходы: поведенческий, психоаналитический, экзистенциально-гуманистический, когнитивный, деятельностный, трансперсональный и другие).

Психокоррекция в большей степени ориентируется на процессы манипулирования, управления и формирования, что обычно связано с неспособностью человека самостоятельно (даже при приобретении знаний и навыков саморегуляции) изменить параметры своей психической деятельности в силу аномалий или дефектов психики.

Психотерапия — в узком понимании термина является системой комплексного лечебного вербального и невербального воздействия на эмоции, суждения, самосознание человека при различных заболеваниях (психических, нервных, психосоматических). Ос-

новой своей задачей психотерапия ставит купирование психопатологической симптоматики, посредством чего предполагается достижение внутренней и внешней гармонизации личности.

В широком понимании психотерапия рассматривается как процесс психологического упорядочения прошлого, настоящего и будущего, достижение гармонии с собой и миром в настоящем (Макаров В.В., 1999). Такое широкое понимание психотерапии, по сути, выводит ее за рамки только медицинской деятельности, применимо к различным видам психологической помощи и может обеспечить ее развитие в различных направлениях.

Отличия различных видов психологической помощи (по Менделевич В.Д., 1998)

Тема	Психологическое	Психокоррекция	Психотерапия
Объект воздействия	Клиент, пациент	Клиент, пациент	Пациент
Предмет	Проблема, индивидуально-психологические особенности	Проблема, характерологические девиации и личностные аномалии	Психопатологические симптомы и синдромы, характерологические девиации и личностные
Способ	Информирование, обучение	Тренинг	Активное воздействие (терапия) различными
Позиция клиента	Активная, ответственен за результат	Пассивная, не ответственен за результат	Чаще пассивная, не ответственен за результат
Цель воздействия	Формирование личностной позиции	Формирование навыков психологической коммуникации	Купирование психопатологической симптоматики

Профессиональной компетенцией клинического психолога в сфере оказания психологической помощи является психическая патология (но не психотические расстройства) и психологические проблемы как соматически здорового, так и больного человека. При этом клинический психолог вправе применять все виды психологической помощи (консультирование, коррекцию и психотерапию). Он может оказывать психологическое воздействие, манипулировать в процессе общения, управлять собеседником или формировать у него определенные качества (Г.С. Абрамова, 1996).
Различные виды

психологической помощи включают все эти способы психического воздействия на человека в условиях клинического взаимодействия, но представлены они по-разному.

Воздействие в процессе оказания психологической помощи — изменение психической реальности другого человека с целью создания для него новых переживаний и качеств. Воздействие предполагает ценность другого человека как меру изменения психической реальности.

Манипулирование — изменение психической реальности человека в соответствии с целями и задачами кого-либо или чего-либо. Оно предполагает скрытое или явное обесценивание человека, своеобразное "прибирание его к рукам" манипулятора, "помыкание" им, производимое настолько искусно, что у человека создается впечатление, будто он самостоятельно управляет своим поведением (Доценко Е.Л., 1996).

Управление — изменение психической реальности человека в соответствии с ее свойствами. Применяется при отсутствии у индивида возможности адекватной саморегуляции, к примеру, при патологии характера, личностных аномалиях или психопатологических симптомах невротического регистра.

Формирование — это изменение психической реальности человека в соответствии с представлениями о ее социальной и индивидуальной норме. В этом случае предполагается, что сам человек не может достичь этой нормы вследствие дефекта или дефицита каких-либо качеств, например интеллектуальным или волевым.

Считается, что психотерапия относится к сфере деятельности врача-психиатра в силу того, что, с одной стороны, она ориентируется на симптомы и синдромы (т.е. болезненные проявления психической деятельности), а с другой, в связи с возможностью развития неблагоприятных последствий оказания психологической помощи.

В России Министерством здравоохранения (Приказ №294 от 30.10.1995 г.) психотерапевт определяется как врач-психиатр, имеющий специальную подготовку (не менее 700 часов) по психотерапии.

Этих особенностей в значительной степени лишены психологическое консультирование и психокоррекция, которые либо полностью, либо частично исключают возможность развития негативных последствий для соматического или психического здоровья человека. Если сравнить психотерапию с консультированием и коррекцией, то обнаружится факт обязательности учета для ее применения показаний и противопоказаний. Т.е. психотерапевт должен учитывать целую гамму особенностей при назначении психотерапии — от индивидуально-психологических особенностей пациента до его соматического статуса.

Противопоказаний для психологического консультирования практически не обнаруживается, поскольку состояние здоровья

человека не имеет принципиального значения для оказания данного вида психологической помощи. Психокоррекция в этом отношении занимает промежуточное положение между психотерапией и консультированием, поскольку косвенно может влиять на физическое состояние человека и провоцировать ухудшение здоровья. Следовательно, при проведении некоторых психокоррекционных мероприятий целесообразен медицинский или психиатрический контроль (Менделевич В.Д., 1998).

СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

В медицине психотерапия рассматривается как общемедицинская дисциплина, ее методы используются для лечения и профилактики не только нервно-психических, но и многих соматических заболеваний.

Психотерапия (от греч. *psyche* — душа и *therapeia* — лечение) — это система методов психического воздействия с лечебными и профилактическими целями на психику (личность), а через психику (личность) на весь организм и поведение больного. В узкомедицинском смысле понятие "психотерапия" рассматривается как группа специфических методов лечения (подобно физиотерапии, лечебной физкультуре), а в более широком смысле психотерапия тесно связывается с психогигиеной и психопрофилактикой, т.к. включает в себя использование психотерапевтических методов не только в клинике, но также в организации труда и быта людей, профилактике психо-травмирующих факторов и т.п.

Общепринятой классификации методов психотерапии в настоящее время нет. Однако, как и в медицине в целом, в психотерапии обычно принято подразделять методы лечения на симптоматические и патогенетические. Симптоматические методы психотерапии (логическое переубеждение, внушение, релаксация и другие) ориентированы на устранение или ослабление отдельных, хотя и ключевых, симптомов болезни, управление физиологическими функциями организма, на оптимизацию поведения. Патогенетическая психотерапия позволяет наиболее полно реализовать каузальный подход к пониманию и ликвидации причин и механизмов болезни. Она наиболее значима при заболеваниях, где личностно-психологи-ческие механизмы являются ведущими в возникновении и сохранении болезненных нарушений, — это неврозы, психосоматические и другие расстройства.

Следует отметить, что сам термин "психотерапия" имеет неоднозначное толкование в литературе и используется для обозначения иногда очень далеких друг от друга явлений. Это связано с тем, что психотерапия в настоящее время не является однозначно понимаемой областью научных знаний и практических подходов. В развитии ее теории и практики сегодня принимают участие не только врачи, но и многие другие специалисты.

Содержательно методы психотерапевтического воздействия основываются не только на данных медицины и физиологии, но и педагогики, психологии, социологии и других наук.

Существуют определения психотерапии, которые разработаны не на медицинской модели, а на психолого-педагогических (методы влияния, приводящие в движение процесс научения) или социологических (методы манипуляции с целями социального контроля) и других концепциях. Особенно ярко междисциплинарный характер психотерапии проявляется в современных формах групповой психотерапии, именно ее методы и конкретные технологии особенно широко стали использоваться во внебольничной среде.

Все это обуславливается актуальность важнейшего для теории и практики медицины раздела клинической психологии, который может быть определен как психологические основы психотерапии, задачей его является разработка психологической теории психотерапии (Карвасарский Б.Д., 1982).

Симптоматическая психотерапия.

Симптоматическая психотерапия направлена в большей мере на смягчение или ликвидацию симптомов болезни, а не на их личностно-психологические причины и механизмы. Устранение ведущих патологических симптомов, естественно, может приводить и к конструктивным изменениям первичной конфликтной ситуации и восстановлению внутриличностной психодинамики (за счет изменения самовосприятия, самооценки и т.п.), но от этого суть этого класса психотерапевтических методов не меняется. По целям проведения симптоматическая психотерапия может быть направлена не только на ключевой симптом заболевания или овладение навыками контроля над физиологическими функциями, но и на активизацию различных сфер личностного функционирования — когнитивной, эмоциональной или поведенческой.

К симптоматической психотерапии, предполагающей активизацию когнитивного компонента личности, относится *рациональная психотерапия*. Она направлена на логическое переубеждение пациента, обучение его правильному мышлению (Dubois P., 1912) и предполагает различные варианты разъяснительной психотерапии.

К симптоматической психотерапии, центрированной на эмоционально-волевой сфере личности, относятся различные варианты катарсической психотерапии и внушения (суггестии).

Катарсическая психотерапия используется для эмоционального отреагирования и нейтрализации ("катарсис", "абреакция") психотравмирующих переживаний, при этом в терапевтических условиях пациенту предлагается воспроизводство прошлых психотравмирующих ситуаций. Катарсис может достигаться полным погружением в психотравмирующую ситуацию или путем поэтапного приближения к ней (десенсибилизация). "Погружение" в психотравмирующую ситуацию может осуществляться путем направления воспоминаний пациента в состоянии расслабления, легкого гипноза и самогипноза.

Суггестивная психотерапия объединяет группу методов, где главным лечебным фактором является внушение или самовнушение. При внушении подаваемая психотерапевтом информация воспринимается пациентом без критической оценки и влияет на течение нервно-психических и соматических процессов. В медицинской практике наиболее часто используют внушение в бодрствующем состоянии, в состоянии гипнотического или наркотического сна.

При самовнушении формулы внушения адресуются самому себе. Из методов самовнушения наибольшее распространение получил метод французского аптекаря Куэ (Cue E., 1857—1926). Больному при этом предлагается несколько раз в день внушать себе лечебные формулы типа — "с каждым днем мне становиться все лучше и лучше". Куэ также показал целесообразность положительного самовнушения ("я здоров") взамен отрицательного ("я не болен"). Самовнушение является важным механизмом лечебного действия ряда других методов психотерапии — аутогенной тренировки, биологической обратной связи (БОС), йоги, медитации и др.

К методам симптоматической психотерапии, направленным на изменение поведения, относятся различные варианты поведенческой психотерапии, некоторые методики аутогенной тренировки, тренинг БОС, техники нейролингвистического программирования и др.

Патогенетическая психотерапия. Принятое в медицине определение психотерапии, характеризующее ее как группу лечебных методов психологического воздействия на психику и через нее на весь организм, является наиболее общим из возможных, однако в нем отражено существенное, впрочем характерное и для медицинской практики в целом, представление о приписывании врачу роли активного начала, т.е. субъекта, начинающего и осуществляющего весь лечебный процесс, а пациент как бы выступает в роли пассивного объекта, реципиента. Подобный субъект-объектный подход имеет место и в определениях психотерапии, возникших в русле психологии, где психотерапия также понимается как психологическое воз-

действие, основанное на природе общения и направленное на психические процессы или психические состояния человека, которые возникли в силу психологических причин, однако не имеющие однозначного характера медицинских симптомов.

Многими психотерапевтами и психологами указывается на недостаточность такого субъект-объектного подхода к определению психотерапии, где подчеркивается активная роль самого психотерапевта, оказывающего некое "воздействие" на пациента. Вероятно, это не так, уже хотя бы потому, что именно пациент является инициатором всего происходящего, поскольку именно он обратился к психотерапевту, а не наоборот. Более того, все происходящее в последующем также зависит от пациента — его желания и способности принять на себя какие-либо усилия психотерапевта и поддерживать с ним контакт на протяжении всего курса лечения (Калмыкова Е.С., 1992).

Таким образом, данное определение сильно отстает от реалий психотерапевтической практики. Однако задача определения психотерапии, психотерапевтического процесса и его сути не является простой, особенно когда мы говорим о психотерапии патогенетической, каузальной. Так, американский исследователь, автор многих методологических трудов Х. Страпп (Strupp., 1978) на определенном этапе приходит к такому определению: "В самом широком смысле мероприятие, называемое психотерапией, включает в себя человека, который сознает, что ему необходима некая помощь; специалиста, который готов оказать ему эту помощь; и серию межличностных взаимодействий, довольно тонких и часто продолжительных, которые направлены на осуществление желательных изменений в чувствах и поведении пациента".

Очевидно, что и это определение — всего лишь формальное описание участников и событий психотерапевтического взаимодействия, равно приложимое к любому типу и направлению психотерапии. Все попытки уточнить его неизбежно влекут употребление какой-либо конкретной терминологии той или иной психотерапевтической школы или направления психотерапии, их теоретической ориентации. Более конкретное определение психотерапии с необходимостью будет включать в себя *представление о целях и способах лечения*, а отсюда *представление как о личности в целом*, т.е. ее идеальном, "нормативном" или "здоровом" устройстве, так *представление о патологии*, т.е. механизмах личностных нарушений.

В научных исследованиях в области психотерапии наибольшее внимание специалистов привлекают в настоящее время следующие аспекты (Калмыкова Е.С., 1992):

- 1) методологические и методические проблемы изучения психотерапии;
- 2) процессуальные аспекты психотерапии (взаимоотношения психотерапевта и пациента, их взаимодействие);
 - 1) использование различных техник;
- 3) психотерапия различных нозологических групп пациентов (возможности изучения, оценка эффективности и др.).

Многочисленные исследования, посвященные оценке эффективности психотерапии, не выявили подтверждений тому, что какая-либо школа психотерапии приносит лучшие результаты, чем любая другая. Можно лишь отметить, что более устойчивые положительные отдаленные результаты лечения имеют место при использовании патогенетических психотерапевтических методов, по сравнению с симптоматическими.

В психологии существует множество теорий личности, которые по-разному трактуют и объясняют природу поведения человека. Каждой из этих теорий соответствуют и определенные терапевтические методы, которые основаны на соответствующих теории поведенческих моделях. За рубежом наибольшее развитие и признание получили три психотерапевтических направления и возникшие на их основе психотерапевтические методы: *психоаналитическое, гуманистическое(феноменологическое) и бихевиористское*. В рамках этих трех направлений, ориентированных на личностные изменения, имеет место стройная психотерапевтическая система с представлениями о норме (личности), патологии (личностных изменениях) и логически вытекающее из этого представление о задачах и способах лечения. Их различия представлены в нижеследующей таблице (по N. Karasu).

Различия психотерапевтических подходов

Тема	Психодинамический подход	Поведенческий подход	Феноменологический
Природа личности	Двигается сексуальными и агрессивными инстинктами	Продукт социального научения и обуславливания; ведет себя на основании	Имеет свободную волю и способность к самоопределению и самоактуализации
Основная проблема	Сексуальное подавление	Тревога	Психическое отчуждение
Концепция патологии	Конфликты в инстинктивной сфере: бессознательные детские либидозные	Приобретенные стереотипы поведения	Экзистенциальное отчуждение: утрата возможностей, расщепление "Я", потеря

Тема	Психодинамический подход	Поведенческий подход	Феноменологический подход
			ти (рассогласование между мыслями, чувствами и поведением)
Вид изменени я	Глубинный инсайт: понимание раннего прошлого	Прямое научение: поведение в текущем настоящем, т.е. действие или действие в	Непосредственное переживание: ощущение или чувство в данный момент
Временн ой подход и "фокус"	Исторически субъективное прошлое	Неисторический: объективное настоящее	Отсутствие историзма: феноменологический момент ("здесь и
Задачи терапевт а	Понять бессознательное психическое содержание и его историческое, скрытое значение	Программировать, подкреплять, подавлять или формировать специфические поведенческие реакции для	Взаимодействие в атмосфере взаимного принятия, способствующей самовыражению (от физического до душевного)
Основны е техники	Интерпретация. Материал: свободные ассоциации, сновидения, обыденное поведение, перенос и	Обуславливание: систематическая десенсибилизация, позитивное и негативное	"Энкаунтер" ("встреча"): равное участие в диалоге, эксперименты или игры, драматизация или
Роль терапевт а	Нейтральная. Помогает пациенту исследовать значение свободных ассоциаций и другого материала	Учитель (тренер). Помогает пациенту заменять дезадаптивное поведение на адаптивное.	Фасилиатор (ускоритель) роста личности
Характер связи между терапевт ом и пациен- том	Трансферная и первостепенная для лечебного процесса: нереальные взаимоотношения	Реальная, но второстепенная для лечения: взаимоотношения	Реальная и первостепенная для лечения, реальные взаимоотношения
Лечебная модель	Медицинская: врач— пациент. Авторитарная. Терапевтический союз.	Образовательная: преподаватель — ученик. Авторитарная. Учебный союз.	Экзистенциальная: общение двух равных людей Эгалитарная (равноправная). Человеческий союз

В нашей стране на становление психотерапии существенное влияние оказала концепция патогенетической психотерапии, сформулированная на основе "психологии отношений" В.Н. Мясищева (1893—1973). Ее дальнейшая разработка в русле *личностно ориентированной (реконструктивной) психотерапии* осуществлялась в отделении неврозов и психотерапии Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева Карвасарским Б. Д., Исуриной Г.Л., Ташлыковым В. А. и др. Ее становление как самостоятельного направления относится к началу 70-х годов и включает в себя:

1) концепцию личности как систему отношений индивида с окружающей средой;

2) концепцию невроза как психогенного заболевания, обусловленного нарушениями значимых отношений личности;

3) систему индивидуальной и групповой психотерапии, целью которой является достижение позитивных личностных сдвигов за счет коррекции нарушенной системы отношений (их когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов).

ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПСИХОТЕРАПИИ

Основано на теории З. Фрейда о динамическом бессознательном и психологическом конфликте. Человек заболевает неврозом в результате интрапсихического конфликта между требованиями инстинктивной жизни и сопротивлением им. Человек может прийти в конфликт с многочисленными социальными ограничениями и табу-запретами. Главная цель терапии заключается в том, чтобы помочь больному осознать бессознательные конфликты (очаги скрытого напряжения в бессознательном), которые основаны на нереализованных детских желаниях и проявляются как болезненные симптомы, а также содействовать развитию более разумных, присущих взрослым моделей поведения.

Классический психоанализ. При психоаналитическом лечении производится поиск очага скрытого напряжения (его вспоминание), осторожное его вскрытие (перевод информации в словесную форму — вербализация), переоценка (изменение системы установок) с переживанием проблемы в соответствии с новой значимостью и забывание (ликвидация очага напряжения). "Вспоминание" вытесненного в бессознательное, введение скрытой проблемы в зону осознания позволяет выработать алгоритм преодоления возникших трудностей.

Пациент посещает врача 3-5 раз в неделю в течение ряда лет, каждый прием длится обычно несколько часов. Больной лежит на кушет-

ке, аналитик сидит у изголовья, вне поля зрения пациента. Анализируемый старается говорить свободно, без ограничений все, что ему приходит в голову в виде *свободных ассоциаций*, для того чтобы аналитик смог проследить мысли пациента вплоть до их самых истоков. Сюда входят ассоциации, которые возникают в процессе анализа в связи со снами или перенесением чувств. Психоаналитик использует интерпретацию и уточнение, с тем чтобы помочь пациенту осознать и разрешить конфликты, которые влияют на его жизнь на подсознательном уровне. От пациента при терапии требуется стабильность терапевтического сотрудничества и психологическая заинтересованность в результатах. Он также должен быть в состоянии перенести стресс, возникающий в процессе терапии, без психологических срывов, импульсивности и регрессии.

Психоаналитическая психотерапия. Имеет менее интенсивный характер, в отличие от классической аналитической терапии, и может проводиться в форме или *экспрессивной психотерапии*, ориентированной на адекватную самооценку, или *психотерапии отношений*, которая направлена на психологическую поддержку пациента в сложных психологических ситуациях. Сеансы терапии проводятся 1—2 раза в неделю, пациенты сидят лицом к психотерапевту. Цели терапии аналогичны таковым при классическом анализе (решение бессознательного конфликта), но основной акцент делается на повседневную реальность, и меньшее значение придается развитию транс-ферных отношений.

Круг показаний для проведения психоаналитической терапии существенно расширен. В частности, поддерживающая психотерапия показана пациентам с уязвимой психикой, находящимся в кризисных состояниях, страдающих расстройствами личности и психическими заболеваниями. Эта терапия может продолжаться длительно (годы), особенно в хронических случаях. Поддержка может иметь форму совета, переубеждения, ограничений, усиления чувства реальности и помощи с формированием социальных навыков.

Кратковременная динамическая психотерапия. При данном варианте число психоаналитических сеансов (обычно 10-40) оговаривается с пациентом до начала лечения. Предварительно избирается и специфическая конфликтная сфера, которая актуальна для пациента и должна быть в центре терапии. Этот вид психотерапии требует от врача большей активности в направлении ассоциаций пациента в сторону конфликтной сферы. К пациенту также предъявляются более высокие требования по поводу заинтересованности его в лечении, способности выдержать психологическое напряжение и усиление тревоги во время терапии. Метод не подходит для пациентов с

суицидальными мыслями, проявлениями импульсивности, склонности к психотическим состояниям, злоупотреблению психоактивными веществами.

ГУМАНИСТИЧЕСКОЕ (ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-
ГУМАНИСТИЧЕСКОЕ, ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЕ)
НАПРАВЛЕНИЕ В ПСИХОТЕРАПИИ

Это направление менее однородно, существует множество методов и технологий психотерапии в его рамках. Представители гуманистического направления склонны видеть человека существом прирожденно активным, стремящимся к позитивному личностному росту, самоактуализации. Патология понимается ими как уменьшение этих возможностей для самовыражения, подавление внутренних переживаний или потеря соответствия (конгруэнтности) им, поэтому все усилия психотерапевта направлены на личностный рост и интеграцию личности пациента, а не просто на лечение болезни.

В гуманистическом направлении можно выделить три основных психотерапевтических подхода:

1. *Философско-психологический подход* — использует преимущественно экзистенциальные принципы (значение смысла своего существования и возможности самоактуализации) через эмпатическое обращение к другому человеку при проведении терапии. Интеграция "Я" достигается "здесь и теперь" в процессе встреч пациентов с психотерапевтом и взаимного диалога (логотерапия В. Франкла, клиент-центрированная терапия К. Роджерса и др.).

2. *Соматический подход* — использует невербальные техники интеграции "Я" через тело с помощью сосредоточения внимания на телесных ощущениях, физических и двигательных способах отреагирования чувств и т.п. (гештальт-терапия Ф. Перлса, биоэнергетический анализ Лоуэна и др.)

3. *Духовный подход* — при "Я"-интеграции предполагает приобщение к духовному, трансперсональному опыту с помощью медитации, других техник "расширения" (трансцендирования) сознания до "космического" уровня (трансцендентальная медитация, психосинтез Р. Ассаджиоли и др.).

Логотерапия (от древнегреч. *logos* — смысл). Психотерапевтическая система, созданная Frankl V.E. (1966), представляет собой сложную систему экзистенциально-философских, психологических и медицинских взглядов на природу и сущность человека, механизмы патологии и пути коррекции аномалий развития личности. Поиск и реализация смысла своей жизни — врожденная мотивационная тенденция каждого человека. Человеческое

стремление реализовать

смысл своего существования может наталкиваться на препятствия. Сама по себе эта экзистенциальная фрустрация не патогенна, но может привести к ноогенным неврозам, которые коренятся в нравственности человека, конфликтах между внутренними ценностями. Фрустрированная потребность в смысле жизни может компенсироваться и психогенными неврозами, стремлением к власти и удовольствиям. В логотерапии для лечения неврозов, порожденных утратой смысла жизни, используется методика *сократовского диалога*, подталкивающая пациента к открытию им для себя адекватного смысла жизни. При навязчивостях и фобиях, когда больные реагируют избегающим поведением (например, не выходят из дома), используется методика *парадоксальной интенции*. При этом больному предлагают в юмористической форме осуществить то, чего он боится. Это парадоксальное предложение дает возможность занять пациенту отстраненную дистанцию по отношению к своим опасениям, овладеть ситуацией.

Биоэнергетика. Группа разнообразных психотерапевтических подходов, предполагающих наличие особой субстанции — биологической энергии. Психологическая проблематика может находить объяснение в нарушениях биоэнергетики организма. В. Райх (1964) полагал, что формирование защитного "мышечного панциря" и "мышечные зажимы" (например, при обиде человек непроизвольно стискивает зубы, меняется дыхание, напрягаются мышцы) являются телесно-энергетическими проявлениями психологических защит. А. Лоуэн (1976) распространяет эти объяснительные схемы и на личностные особенности, которые находят свое выражение в позе, жестах и типе телосложения человека. Терапевтический эффект при решении психологической проблематики может достигаться применением методик, ориентированных на работу с телом, — физические упражнения, позы, массаж. Освобождение от скованности и "мышечной брони" дает выход сдерживаемым (порой с детства) негативным чувствам страха, обиды, гнева, стыда.

Психосинтез. Существует много видов психической деятельности, протекающих независимо от сознания, а также различных аспектов "Я". В основе психосинтеза лежит сознательное и целенаправленное использование синтезирующей функции "Я", процессов самоидентификации. Главной целью психосинтеза является гармонизация и объединение в единое целое всех качеств и функций человека, развитие цельной и гармоничной личности. В психосинтезе предлагается система психологического тренинга, направленная на внутреннюю проработку невротических комплексов, ущемленных аффектов. Последовательно осуществляется отработка упражнений на расслабление, сосредоточение, идентификацию и интеграцию субличностей с осознанием "смыслов" бытия, более реалистического восприятия действительности. Упражнения позволяют добиться освобождения от "эмоциональных блокировок", устранить патологические стереотипы и сформировать новые и более широкие структуры отношений в психике человека. Используется для коррекции невротических и психосоматических нарушений.

Кататимно-имагинативная психотерапия. Метод краткосрочной психотерапии (15-20 сеансов 1-2 раза в неделю) основан на свободном фантазировании в форме образов на заданную тему ("грез наяву", по Leuner Н., 1980). Психотерапевт выполняет направляющую и контролирующую функцию, предлагая пациенту темы для кристаллизации его образной фантазии, например, лес, подъем в гору, следование вдоль ручья, обследование дома и др. Темы соотносятся с проблематикой личности, ее аффективными нарушениями, в том числе с периодом детского развития. Применяется при терапии неврозов, невротических развития личности, психосоматических заболеваний.

Голотропная терапия. Лечебный процесс реализуется при целенаправленной трансформации эмоциональных симптомов в комплекс реакций в измененном состоянии сознания (ИСС). Усиленное дыхание, специально подобранная музыка и работа с телом по снятию мышечных блоков используются для достижения выраженных форм ИСС. Глубинная проработка психических и физических травм, их переживание и визуализация с символическим замещением позволяют осуществить процесс интеграции и адаптации. Техника сближается с методами биологической терапии, имеет ряд спорных моментов (например, гипервентиляция может приводить к резкому нарушению гомеостаза и провоцировать психопатологические нарушения). Используется при лечении неврозов, аффективных расстройств, психосоматических заболеваний, алкоголизма и др.

ПОВЕДЕНЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПСИХОТЕРАПИИ

Личность, с точки зрения научения, — это тот поведенческий опыт, который человек приобрел в течение жизни. Бихевиориальная терапия также базируется на принципах теории научения, включая выработку оперантного условного рефлекса (Торндайк Е., Скиннер Б.) и условного рефлекса по методу И.П. Павлова. Этот вид терапии основывается на предположении о том, что для дезадаптивных форм поведения не обязательно понимать определяющие его причины. Поведенческая терапия наиболее эффективна при четко определенных, структурированных дезадаптивных поведенческих расстройствах, например, таких, как фобии, компульсивные действия, переедание, табакокурение, заикание или сексуальные дисфункции. При лечении гипертонической болезни, бронхиальной астмы и других болезней, где существенное место в возникновении и проявлениях болезни занимают аффективно-психологические факторы, широко используются поведенческие методы для обеспечения релаксации и снижения усугубляющих эти состояния стрессов.

На первых этапах под термином "поведение" в бихевиориальной терапии понималось все, что имеет внешне наблюдаемые ха-

раактеристики. В настоящее время в понятие поведения включаются эмоционально-субъективные, мотивационно-аффективные, когнитивные и вербально-когнитивные проявления. Попытка учесть эти "промежуточные переменные", расположенные между стимулом и реакцией, в психотерапии привела к созданию в 60—70-х годах методик, получивших название "скрытое кондиционирование" ("скрытое обуславливание", саморегуляция). Их суть заключается в тренировках мысленного представления пациентом того поведения, которое кажется ему нежелательным. Это помогает ему натренировать эмоциональный ответ, чтобы в реальной обстановке уменьшить психотравмирующее воздействие ситуации. Метод применяется для лечения фобий, повышенной тревожности, неуверенности в себе.

В поведенческой психотерапии широко используются различные формы *положительного подкрепления* желательного поведения или применения *аверсивных (негативных) стимулов* для устранения нежелательных поведенческих стереотипов. Желательное поведение пациента (например посещение сеансов групповой терапии при стационарном лечении) вознаграждается различными положительными знаками (снятием каких-либо ограничений, едой и пр.). Аверсивная терапия с сочетанием введения рвотных средств с приемом алкоголя используется для лечения алкоголизма.

При *активной психической десенсибилизации* пациент с поведением в виде избегания, связанным со специфическими факторами (например, высотой или полетом в самолете), создает в своем воображении иерархию вызывающих тревогу образов от менее до более пугающих, оставаясь на каждом уровне до тех пор, пока тревога не исчезнет (проведение процедуры в реальной, а не воображаемой ситуации называется *градуированной экспозицией*). Иерархическая конструкция часто используется в сочетании с методиками релаксации, поскольку установлено, что тревога и релаксация исключают друг друга — это приводит к отрыву представляемых образов от тревожных ощущений (взаимное торможение).

При *нагнетании вызывающих тревогу факторов* ("наводнение") пациент непосредственно подвергается воздействию тревожащих факторов, например пребывание на верхнем этаже высокого здания при страхе высоты. В случае, если этот метод основан на противопоставлении воображаемой и реальной ситуации, он называется *имплозией*. Главным условием терапии является способность пациента выдержать связанную с терапевтическим воздействием тревогу.

Дальнейшее развитие поведенческого направления в психотерапии связано со все большим усилением внимания исследователей к роли в поведении когнитивных промежуточных переменных. В рационально-эмоциональной психотерапии А. Эллиса (1962) это рациональные и эмоционально-иррациональные когниции. Психотерапия в этих случаях направлена на преодоление иррациональности в мышлении, осознание ("инсайт-техники") связи между жизненными событиями и психологическими реакциями. Аналогично в *когнитивной психотерапии* А. Бека (1976) определяющими являются реалистичные и нереалистичные, т.е. связанные с абберациями мышления, мысли. Под абберацией мышления здесь понимаются нарушения на когнитивной стадии обработки информации (обозначение, селекция, интерпретация), которые искажают правильное видение объекта или ситуации. В любом случае центром психотерапевтического воздействия в различных вариантах когнитивно-поведенческой психотерапии должны быть промежуточные когнитивные переменные, которые опосредуют многие поведенческие проблемы. Деадаптивное поведение может быть изменено посредством различных личностных самообучающих приемов, активизирующих когнитивные структуры.

Когнитивная терапия — основана на представлениях, в соответствии с которыми поведение человека определяется мыслями о самом себе и его роли в обществе. Деадаптивное поведение обусловлено укоренившимися стереотипными мыслями, искажениям или ошибкам в мышлении. Терапия направлена на коррекцию когнитивных искажений и являющихся их следствием самозащитных поведенческих установок и стереотипов. Психотерапия представляет собой краткосрочный метод лечения, как правило, рассчитанный на 15-20 сеансов, проводящихся около 12 недель. В этот период пациенты должны осознать свои искаженные представления и установки. Посещения врача сочетаются с домашними заданиями. Пациентов просят написать, что они чувствуют в определенных ситуациях (типа "я несовершенен" или "никому до меня нет дела") и определить лежащие в их основе предположения (частично неосознаваемые), которые провоцируют появление негативных установок. Этот способ называется распознаванием и коррекцией произвольных мыслей. Например, при депрессиях у человека произвольно возникают мысленные искажения, включающие отрицательное отношение к самому себе, негативную интерпретацию настоящего и прошлого жизненного опыта и пессимистический взгляд на будущее (депрессивная когнитивная триада). Когнитивная терапия наиболее эффективна при лечении непсихотических депрессий легкой и средней степени. Она может быть также эффективной как вспомогательное средство лечения пациентов, злоупотребляющих психоактивными веществами.

ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ (РЕКОНСТРУКТИВНАЯ) ПСИХОТЕРАПИЯ

В настоящее время как за рубежом, так и в нашей стране отмечается все большая тенденция к обобщению положительного опыта различных психотерапевтических школ и направлений. Примером такого синтеза в нашей стране явилась личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, имеющая в своей основе систему патогенетической психотерапии, опирающейся на "Я"-концепцию и систему межличностных отношений (по В.Н. Мясищеву). Поэтапное осознание и эмоциональное отреагирование психотравмирующей ситуации в системе патогенетической психотерапии служит основой регуляции потребностей, которая на своих высших уровнях связана с самовоспитанием, формированием сознательных отношений (Мясищев В.Н., 1960). Понятие "реконструктивная" рассматривается в плане воссоздания прошлого опыта пациента для понимания причин, которые привели к тупику в развитии личности с последующей разработкой стратегии восстановления и дальнейшего строительства будущего.

Целями и задачами личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии являются:

- 1) глубокое и всестороннее изучение личности больного, особенностей его эмоционального реагирования, мотивации, функционирования системы отношений;
- 2) выявление и изучение механизмов, способствующих возникновению и сохранению состояния дезадаптации личности (невротической симптоматики);
- 3) достижение у пациента осознания и понимания причинно-следственной связи между особенностями его системы отношений и его заболеванием (проблемой);
- 4) помощь пациенту в разумном разрешении психотравмирующей ситуации, изменении отношения к ней, коррекция неадекватных реакций и форм поведения;
- 5) помощь пациенту в изменении отношений в сторону их зрелости, что ведет к восстановлению полноценности его социального функционирования.

В личностно-ориентированной психотерапии сам психотерапевтический процесс основан на сбалансированном использовании воздействий на когнитивные, эмоциональные и поведенческие механизмы функционирования целостной личности. Полагают, что изменения на каком-либо одном уровне влекут соответствующие перестройки на других и, как следствие — ликвидацию конкретных

симптомов с восстановлением психосоциального функционирования. Сфера воздействия, с учетом трех плоскостей ожидаемых изменений, определяет выбор методов, принятых в соответствующих направлениях психотерапии. На каждом из перечисленных уровней решаются соответствующие задачи как для индивидуальной, так и для групповой психотерапии:

I. Познавательная сфера (когнитивный уровень, интеллектуальное осознание) — процесс психотерапии должен помочь пациенту осознать связь между психогенными факторами и возникновением, развитием и сохранением невротических расстройств; неконструктивность ряда своих привычных стереотипов поведения и его мотивов; внутренние психологические проблемы и конфликты; характерные защитные психологические механизмы; более глубокие причины переживаний, способов поведения и эмоционального реагирования, начиная с детства, и др.

II. Эмоциональная сфера — процесс психотерапии должен помочь пациенту получить эмоциональную поддержку, эмоционально отреагировать и пережить положительные эмоции, научить пациента понимать и вербализовать свои чувства, более свободно выражать их, произвести эмоциональную коррекцию своих отношений и т.п.

III. Поведенческая сфера — процесс психотерапии должен помочь пациенту увидеть собственные неадекватные поведенческие стереотипы, научиться их преодолевать, развить навыки более свободного общения и эффективной саморегуляции на основе достижений в познавательной и эмоциональной сферах.

Механизмы лечебного действия в ходе психотерапии, ориентированной на личностные изменения, могут быть обозначены как конфронтация, корригирующий эмоциональный опыт и научение.

Конфронтация понимается как столкновение с самим собой, своими проблемами, конфликтами, отношениями и установками, эмоциональными и поведенческими стереотипами. Она осуществляется за счет обеспечения обратной связи между участниками психотерапевтического процесса в группе или от врача при индивидуальной психотерапии. Материалом для осознания является разнообразная информация пациента о самом себе — как его воспринимают другие, насколько адекватно его восприятие других людей и их проблем и т.п.

Корригирующий эмоциональный опыт включает переживание и анализ своего прошлого (включая детство) и настоящего эмоционального опыта, а

также эмоциональную поддержку. Эмоциональное принятие пациента группой (психотерапевтом) способствует

350

развитию сотрудничества, уменьшает сопротивление, облегчает усвоение психотерапевтических норм, создает условия для самораскрытия. Анализ и проработка различных эмоциональных ситуаций в группе, явлений проекции детского эмоционального опыта в психотерапевтические ситуации позволяет пациенту глубже понять себя и выработать более адекватные способы эмоционального реагирования.

Научение в рамках психотерапии осуществляется как прямо, так и косвенно. Групповая психотерапия более благоприятствует реализации поведенческих механизмов в сравнении с индивидуальной. В группе пациент выявляет свои неконструктивные стереотипы, в группе он и имеет возможность их корректировать. Все это создает благоприятные предпосылки для использования полученных поведенческих навыков на другие ситуации реальной жизни.

В течение всего курса психотерапии постоянно осуществляются два взаимосвязанных процесса — *осознание и реконструкция отношений личности*. Осознание (инсайт) заключается в постепенном расширении сферы самосознания больного в плане понимания им истинных источников своих болезненных симптомов, конфликтов. Осознание и эмоциональное отреагирование психотравмирующей ситуации является основой для регуляции и перестройки отношений личности на познавательном, эмоциональном и поведенческом уровнях. Глубина осознания может быть разного уровня:

1-й уровень может касаться понимания пациентом только некоторых представлений о своем дезадаптивном поведении в условиях патогенной ситуации;

2-й уровень отражает осмысление пациентом тех неадекватных отношений, которые лежат в основе его невротического поведения;

3-й уровень глубины понимания генеза своего невроза пациентом связан с осознанием им нарушений в сфере мотивов и потребностей, в силу их неадекватного формирования с детства в ходе развития личности и процесса формирования системы отношений.

Настроенность на самоанализ, рефлексия и достаточный уровень интеллекта прогностически благоприятны в плане возможности достижения более высоких уровней осознания в ходе психотерапии.

Глава 35

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОГИГИЕНЫ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ

Основы психогигиены

Психогигиена — наука об обеспечении, сохранении и поддержании психического здоровья человека (Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К., 1984). Она является составной частью более общей медицинской науки о здоровье человека — гигиены. Специфической особенностью психогигиены является и тесная связь ее с клинической (медицинской) психологией, которая В.Н. Мясищевым (1969) рассматривается в качестве научной основы психогигиены. В системе психологических наук, предложенной известным отечественным психологом К.К. Платоновым (1972), психогигиена включена в медицинскую психологию.

Элементы психической гигиены появились в жизни человека задолго до того, как произошла систематическая разработка принципов психической гигиены. Над необходимостью поддерживать собственное душевное здоровье и равновесие во взаимодействии с окружающим миром задумывались еще античные мыслители. Значение для психики человека "хорошей уравновешенной жизни" подчеркивал Демокрит, а Эпикур называл это "атараксией", спокойствием мудрого человека. Философское мировоззрение практически всегда было связано с поиском способов достижения гармонии внутреннего мира человека. Позднее фактором, стабилизирующим и определенным образом гармонизирующим психическую, внутреннюю жизнь человека, стала религия.

Само понятие "психическая гигиена" возникло в XIX веке, когда американец К. Бирс, будучи многолетним пациентом клиники для душевнобольных, написал в 1908 году книгу "Душа, которая нашлась вновь". В ней он разобрал недостатки в поведении и позициях медицинских работников по отношению к больным, а в последующем и вся его деятельность была направлена на улучшение условий жизни психически больных не только в клинике, но вне стен больницы. Следует, однако, отметить, что еще до К. Бирса решающий шаг для этого сделал Филипп Пинель (1745—1826), снявший 24 мая 1792 года цепи с 49 больных, находившихся в психиатрической больнице Бисетр в Париже. В 1948 году в Лондоне была создана всемирная федерация психического здоровья, которая собирает информацию о состоянии психического здоровья и разрабатывает основы и концепции психического здоровья.

Психогигиена занимается исследованием влияния внешней среды на психическое здоровье человека, выделяет вредоносные факторы в природе и обществе, на производстве, в быту, определяет и организует пути и способы преодоления неблагоприятных воздействий на психическую сферу. На практике достижения психогигиены могут реализовываться путем:

1) создания для государственных и общественных учреждений научно обоснованных нормативов и рекомендаций, регламентирующих условия обеспечения различных видов социального функционирования человека;

2) передачи психогигиенических знаний и обучения психогигиеническим навыкам медицинских работников, педагогов, родителей и др. групп населения, которые могут существенно влиять на психогигиеническую ситуацию в целом;

3) санитарно-просветительной психогигиенической работы среди широких слоев населения, привлечения к пропаганде психогигиенических знаний различных общественных организаций.

Существует разнообразная систематика разделов психогигиены. В психогигиене обычно выделяют личную (индивидуальную) и общественную (социальную) психогигиену. В системе психогигиенических знаний чаще выделяют отдельно психогигиену детства, юношества, зрелого возраста, психогигиену пожилых людей. Кроме того, выделяют психогигиену умственного и физического труда, психогигиену быта и семейных отношений. Существует также много и специфических разделов психогигиены труда — психогигиена инженерная, спортивная, военная и т.д.

Психогигиена воспитания. В.М. Бехтерев (1905) отмечал, что отклонения характера начинаются еще в раннем возрасте, часто в силу тех или иных условий воспитания, которые своевременно могли быть легко устранены. Эта точка зрения получила дальнейшее развитие в работах отечественных психоневрологов. В частности, В. Н. Мясищев отмечал, что изнеживающее воспитание и захваливание содействуют формированию истерического характера, а чрезмерная требовательность способствует становлению психастенических особенностей личности. Неправильное воспитание часто может способствовать формированию у ребенка психопатических черт характера. О. В. Кербиков и В. Я. Гиндикин (1962) на основании своих исследований указывали, что гиперопека и безнадзорность в детстве типичны для возбудимых психопатов. Воспитание же по типу "золушки", т. е. без ласки и внимания, при постоянных унижениях, нередко приводит к нарушениям сна, являющегося важнейшим усло-

вием для отдыха и восстановления сил, и ведет к неврозам. Таким образом, соблюдение психогигиенических норм в процессе воспитания является в то же время и психопрофилактикой. Психопатии и акцентуации характера у детей и подростков, не будучи своевременно скорректированы, в дальнейшем могут существенно осложнить их жизнь, являясь фоном для более глубоких душевных расстройств, постоянных конфликтов в семье и на службе и даже преступных действий (Личко А. Е., 1977; Леонгард К., 1981).

Воспитание представляет вопрос, в основе которого лежит принцип непрерывности. Не только целенаправленные беседы с ребенком, но и игры, сказки несут большую воспитательную нагрузку. О возрастных особенностях ребенка следует помнить, выбирая книжку для чтения, кинофильм, спектакль, так как развитая способность иллюзорно заменять объекты реальности в соответствии с содержанием воображения способствует развитию страхов. Если не направлять некоторые игры, стимулирующие воображение, возбуждение может перейти в агрессию, которая становится характерной чертой в поведении ребенка.

По мнению Ц. П. Короленко, для равновесия в психической деятельности человека необходима свежая информация ощущений для воображения. Особенно остро развита эта потребность у подростков. Отсутствие притока новых впечатлений, направляющих воображение, приводит иногда к преступности несовершеннолетних и погоне за "острыми" ощущениями (Короленко Ц. П., Фролова Г. В., 1975). В процессе формирования гармонически развитой личности очень важным является воспитание у подрастающего поколения способности к любви. Д.Н. Исаев и В.Е. Каган (1979) полагают, что врач должен выступать в этом деле как консультант воспитателей, передающий родителям и всем специалистам, работающим с детьми, научно обоснованные сведения о психогигиенических и психопрофилактических аспектах физиологии и психологии пола в динамике развития.

Психогигиена обучения. Правильная система обучения обеспечивает гармоническое развитие личности. Дефекты обучения также могут способствовать формированию аномальных черт характера детей.

Весьма ответственным моментом для ребенка является первый школьный год. Здесь он впервые сталкивается с новыми требованиями, непривычным режимом и обязанностями. Легче адаптируются к школе дети, посещавшие подготовительную группу в детском саду, чем так называемые "домашние" дети. Правильно подготовить ребенка к школе — задача не из легких. Большую помощь родителям в

этом могут оказать детские врачи и клинические (медицинские) психологи детских поликлиник. Зная индивидуальные особенности детей, они могут дать родителям конкретного ребенка соответствующие рекомендации.

Важнейшее условие сохранности здоровья состоит в адекватности предъявляемых ученику требований его индивидуальным возможностям, степени зрелости его нервной системы. Речь идет не только о продолжительности учебных занятий, но и о количестве подлежащего усвоению учебного материала. К сожалению, это обстоятельство не всегда в должной мере учитывается учителями и родителями. Утомление после учебных занятий вполне естественно, но важно чтобы оно не выходило за допустимые пределы и не принимало болезненного характера.

Преждевременному утомлению способствуют длительное однообразие, однотипность изучаемого материала. Это особенно важно учитывать при формировании расписания уроков у самых младших школьников. Школьный врач и психолог должны контролировать этот процесс, следить затем, чтобы расписание предусматривало необходимое переключение с одного вида деятельности на другой. Сдвоенные уроки (подряд два урока по одному предмету) утомляют учеников значительно больше, чем обычные. При построении конкретного урока необходимо также помнить, что количество новой информации должно к концу урока уменьшаться.

Поскольку учебные занятия всегда вызывают ту или иную степень утомления, чрезвычайное значение имеет правильная организация отдыха учащихся во время школьных перемен и после уроков. Режим дня для школьника крайне необходим: для домашних занятий, чтения, развлечений, пребывания на свежем воздухе, спортивных игр и т. д. должны быть предусмотрены определенные часы. Дополнительные занятия во внеурочное время (занятия в музыкальной, спортивной школах, участие в кружках, изучение иностранных языков и т.п.) могут привести к перегрузке и способствовать переутомлению детей. В отношении внешкольных занятий родителям и воспитателям необходимо вносить известную организованность и не допускать перегрузок в целях достижения внешнего эффекта.

Особую значимость выполнение общегигиенических и специально психогигиенических норм приобретает для молодежи, совмещающей труд с учебой в средних и высших учебных заведениях. Эта категория работающих пользуется определенными льготами: дополнительными оплачиваемыми отпусками, выходными днями и т. д. Учебные программы и расписание занятий в вечерних школах, на вечерних и заочных отделениях техникумов и институтов должны

12*

составляться с учетом трудовой нагрузки учащихся. Разработка и реализация соответствующих программ психогигиенической подготовки, в которую включены вопросы гигиены труда на промышленных предприятиях, анализ причин и способы профилактики утомления и неврозов, советы по организации умственного труда приобретают особую важность для молодых людей, совмещающих труд и учебу.

Психогигиена труда. Труд, деятельность являются органической потребностью человека и при благоприятных условиях — важным фактором для сохранения и укрепления здоровья. Рядом исследований показано, что лишение трудовой занятости, безработица сопровождаются ухудшением психического здоровья и учащением соматических недугов. Трудом можно не только укрепить психическое здоровье, развить способности у здоровых людей, но и лечить психически больных. Трудовая терапия широко применяется в психиатрических клиниках, где, как и всякое лечебное воздействие, строго дозируется в соответствии с тяжестью нервно-психических расстройств.

Труд приносит радость только в том случае, если он соответствует индивидуальным особенностям личности. Отсутствие определенных качеств и способностей затрудняет и делает невозможным выполнение той или иной работы. Обеспечить такого рода соответствие может тщательно проведенный трудовой отбор, предусматривающий как профессиональную ориентацию учащихся школ, молодежи, так и специальные медицинские и психологические обследования при поступлении на работу.

Очень важно правильно выбрать профессию в соответствии со склонностями и возможностями человека. Заинтересованность работой, стремление к усовершенствованию и ко все большему овладению своей специальностью приносят удовлетворение. Работа же не по душе, вызывающая лишь отрицательные эмоции, нарушает самочувствие и может привести к неврозу.

Профессиональному отбору, выявлению психофизиологических возможностей личности придается все большее значение, исследования в этом направлении достаточно перспективны. Сегодня предложены методики, с помощью которых можно проверить время произвольной реакции и реакции, предусматривающей развернутое принятие решения, устойчивости внимания, способность к его переключению и распределению, т. е. одновременному сосредоточению на двух видах деятельности. Эти качества требуются для многих современных профессий. Например, оператор, управляющий движущимся объектом, должен одновременно наблюдать за показаниями

приборов, изменяющейся окружающей обстановкой, осуществлять управление и т. и. Специфические требования предъявляются к летчикам, космонавтам, водителям транспорта и даже к пешеходам в крупных городах, если они не хотят стать жертвами уличной катастрофы. В связи с этим появились публикации по психогигиене применительно к конкретным профессиям (Донская Л. В., Линчевский Э. Э., 1979; Стенько Ю. М., 1981, и др.). Все более развивающаяся специализация форм трудовой деятельности обусловила выделение специфических разделов психогигиены труда — инженерной, авиационной, космической и т. д.

Грань между умственным и физическим трудом в современном обществе имеет тенденцию к размыванию. Однако различия между умственным и физическим трудом объективно существуют, что позволяет говорить и о соответствующих разделах психогигиены. М. С. Лебединский считает, что к умственному труду следует относить "такую умственную работу, которая ведется в определенном направлении, по определенному плану, для решения определенных задач, с целью получения определенного результата, имеющего то или иное общественное значение". В этом понимании к интеллектуальному труду относится широкий диапазон работ от чисто творческих процессов — открытий и изобретений — до составления и выполнения отчетности и т. д. Поэтому целесообразно дополнить приведенную формулировку, подчеркнув, что результаты умственной работы достигаются вследствие интеллектуальных усилий, а физические усилия, которые при ней также имеются (например, при письме, чтении и т. д.), не определяют результативность затраченной энергии.

Когда говорят об интеллекте как синониме мышления или уровня умственного развития человека, обычно имеют в виду целую гамму качеств: ясность, логичность, сообразительность, глубину, широту, самостоятельность, критичность и гибкость ума. Эти качества интеллекта интересуют нас, по меньшей мере, в трех аспектах: профессиональная состоятельность личности, умение рационально строить свои взаимоотношения с окружающими, наконец, умение разумно расходовать себя и вместе с тем раскрывать резервные возможности.

При неправильной организации умственного труда и несоблюдении психогигиенических требований часто отмечается состояние, определяемое как "чувство мозгового дефицита". Этот термин, введенный в медицинскую науку и практику выдающимся французским клиницистом Дежеринем (1849-1917), довольно точно раскрывает состояние эмоционального напряжения у больных, астенизацию, сни-

жение потенциальных возможностей личности. Это явление не имеет никакого отношения к психическим расстройствам, снижению критики, аморфному мышлению, бредовым идеям и т.д. Под ним подразумеваются такие обратимые расстройства, как истощаемость активного внимания, "провалы" памяти, колебания общего фона настроения, шум, тяжесть, звон в голове, угнетенное состояние, неуверенность в себе, снижение работоспособности, мысли о профессиональной несостоятельности, постоянный страх перед воображаемым тяжелым недугом.

Для профилактики переутомления и связанной с этим астенизации необходима правильная организация умственного труда, предполагающая выполнение ряда общих и частных условий. К первой группе относятся рациональное сбалансированное питание, активный отдых, включающий систематические прогулки и дыхательную гимнастику. Ко второй группе — достаточная освещенность и вентиляция помещения, оптимальная конструкция рабочего места, удобное расположение дополнительных "узлов" — справочной литературы, архивных материалов, картотек и т. д. (Георгиевский А. С., 1981).

Одним из основных правил психогигиены умственного труда являются собранность, четкое определение цели работы, способность вследствие этого сосредоточиться на главном, не разбрасываясь и не отвлекаясь от поставленной задачи. В противном случае возникает ряд неоправданных трудностей, требующих затраты дополнительных усилий, а это, в свою очередь, неизбежно сказывается на качестве работы, сроках ее выполнения и, что самое главное, на самочувствии работающих.

Особо хотелось бы остановиться на психогигиене работы врача. С одной стороны, труд медицинских работников рассматривается как работа в сфере обслуживания по таким признакам, как непроеизводственный характер, необходимость постоянного общения с большим кругом лиц. Это позволило авторам книги "Психофизиологические аспекты труда работников сферы обслуживания" Л.В. Донской и Э.Э. Линчевскому включить в нее разделы, касающиеся психологических аспектов труда и состояния здоровья врачей. С другой стороны, труд врача характеризуется значительной интеллектуальной нагрузкой, требует творческого подхода и особой ответственности. Это необходимо учитывать как при отборе из числа абитуриентов в медицинские вузы, так и в дальнейшем при выборе врачебной специализации. Работа по созданию модели врача требует учета не только его должностных и профессиональных обязанностей, уровня знаний, но и определенных личностных качеств (Данилин Е.Н., 1977). При моделировании профессиограммы

врачей различных специальностей учитываются такие показатели, как объем и сложность контактов с больными, их родственниками, официальными лицами, удовлетворенность своим трудом и т. д. Следует, однако, отметить, что в деятельности практических врачей положения психогигиены зачастую игнорируются в силу как плохой организации труда, так и недостаточной теоретической подготовки самих врачей в этой области. Негативными следствиями этой ситуации является учащение случаев состояний хронической усталости, синдрома "эмоционального выгорания", психосоматической патологии среди медицинских работников.

В психогигиене особое внимание должно уделяться вопросам охраны труда промышленных рабочих и устранению возможных производственных вредностей. Следствием технического прогресса явилось заметное изменение характера труда на производстве. Если автоматизация и механизация облегчают труд, то работа на полуавтоматах и конвейере требует значительного напряжения. Вибрация, производственные шумы, ускорение движущихся механизмов влияют на нервную систему. Задачи по устранению возможных вредностей на производстве решаются психоневрологами совместно с профпатологами и гигиенистами, их усилия в этом направлении должны быть интегрированы. Конкретная же задача психоневролога на производстве заключается прежде всего в изучении влияния условий труда на нервно-психическое здоровье, особенно на производствах, где в процессе работы приходится сталкиваться с вредными химическими веществами. Тщательный анализ клиники психопатологических нарушений, особенно начальных стадий острых отравлений и расстройств, вызываемых химической интоксикацией или действием некоторых физических факторов (шумы, вибрация, ионизация и т.п.), может послужить основой для разработки конкретных профилактических мероприятий. В некоторых случаях при наличии инициальных, но нарастающих симптомов интоксикации, не являющихся проявлением адаптации к условиям производства, рабочих следует отстранять от работы, связанной с профвредностями, и направлять на лечение.

Следующая задача психоневролога на промышленном предприятии заключается в выявлении инициальных форм нервно-психических заболеваний и своевременном направлении заболевших на лечение. В ее решении существенное значение имеет контакт с врачами других специальностей, работающими в фабрично-заводских поликлиниках, в первую очередь с терапевтами и невропатологами. Психиатр должен не только проводить спорадические консультации, но и участвовать в мероприятиях по дис-

пансеризации и в выборочных медицинских осмотрах лиц, длительно работающих в цехах с повышенной профессиональной вредностью, особое внимание должно уделяться часто и длительно болеющим. При осмотрах могут быть, с одной стороны, выявлены недочеты в условиях труда, а с другой — диагностированы начальные стадии некоторых нервно-психических заболеваний, манифестирующих в раннем периоде различными астеническими, астеноипохондрическими и другими состояниями.

Психогигиена семьи. Семья представляет собой малую группу, которая отличается целым рядом специфических особенностей. Эти особенности обусловлены сложившимися традициями, отношениями между старшим и младшими поколениями, единством жилья, быта и другими факторами. Семья может способствовать раскрытию творческих возможностей человека, стимулировать его к полезной деятельности или сковывать инициативу, подрывать морально. Брак оказывается счастливым в тех случаях, когда духовная и физическая близость составляют гармоническое единство. В разработке психогигиенических проблем семьи специалистами разработана концепция, в соответствии с которой все многообразие отношений между супругами может быть представлено в форме взаимодействия 5 брачных факторов: физического фактора, материального, культурного, сексуального и психологического. По определенной формуле вычисляют так называемый брачный потенциал. Если преобладающей является направленность брачных факторов на укрепление семьи, то брачный потенциал выражается положительной величиной, в противном случае величина оказывается отрицательной. При отрицательном брачном потенциале, а это и есть истинные сексуальные дисгармонии (дисгамии), нарушаются семейные связи и сексуальные взаимоотношения. При первично личностных несоответствиях всегда расстраивается сексуальная жизнь и распад семьи наступает быстрее, чем это происходит при первично сексуальном несогласовании. Для более высокого уровня семейной адаптации, гармоничного развития семейных взаимоотношений необходимы достаточный уровень развития личности, зрелость суждений и эмоциональных отношений.

Наиболее действенный путь к профилактике семейных конфликтов — тщательная подготовка к браку. Сюда относится забота о состоянии здоровья беременных, борьба с патологией родов, обеспечение правильного психофизического развития и воспитания детей, специальная подготовка лиц, вступающих в брак, диагностическая и лечебная работа в случаях семейно-сексуальных дисгармоний.

Воспитание детей должно быть четко ориентировано на полоро-левое функционирование человека — в мальчиках поощряется мужественность, смелость, а у девочек женственность. В противном случае возможны нарушения психосексуального развития с формированием неадекватных эротических установок с закреплением неадекватных форм сексуального поведения.

Интерес к психологическим аспектам внутрисемейных отношений среди психологов и психиатров возрастает. К настоящему времени сложились такие понятия, как семейная психиатрия (термин предложен Гоуэлсом, интенсивно разрабатывающим это направление психиатрии) и семейная психотерапия. Нарушение внутрисемейных отношений может быть причиной неврозов, способствовать формированию психопатических черт характера у детей. Обследование семьи и каждого из ее членов завершается постановкой семейного диагноза. Распознавание семейно-сексуальной дисгармонии производится на трех уровнях: описательном, генетическом и динамическом. Описательный уровень предполагает изложение симптомов патологии семейных взаимоотношений (сексуальное несоответствие, ссоры, алкоголизм, невротические расстройства, психосоматические нарушения). На генетическом уровне рассматривается эволюция супружеских взаимоотношений, вскрываются причины неудач в браке (преждевременность брака, случайность, корыстные мотивы и др.). На динамическом уровне определяются стержневые конфликты, способы их разрешения, семейные роли и их искажения.

Всемирная организация здравоохранения, считая вопросы создания семьи и семейной психогигиены чрезвычайно актуальными, уделяет им специальное внимание, разрабатывает программы, касающиеся планирования и создания семьи. Межнациональный институт по изучению проблем семьи ведет активную научную работу в этой области. Так, по данным этого института, общая рождаемость детей снизилась в связи с появлением современных методов предупреждения беременности. В то же время рождаемость детей у психически неполноценных женщин, напротив, увеличилась. Shereg и соавт. (1968) отмечают, что значительный скачок в повышении рождаемости совпал с введением в клиническую практику фенотиазина и других психотропных лекарственных препаратов, которые изменили весь облик психиатрических больниц и позволили большинству их пациентов покинуть клиники, вести образ жизни, свойственный психически здоровым людям.

Следует, однако, помнить, что беременность, роды, заботы, связанные с уходом за ребенком, могут способствовать рециди-

вам психотических эпизодов. Поэтому женщины, имеющие в анамнезе нервно-психические заболевания, должны находиться под особенно тщательным врачебным наблюдением, по отношению к ним надо обязательно проводить профилактический курс соответствующей психотерапии. Нежеланный ребенок, рожденный психически неполноценной женщиной, значительно больше подвержен риску патологии социально-психологического порядка. Указывая на это обстоятельство, Abernethy и Grune-baum (1972) подчеркивают необходимость более широкой организации консультаций по применению контрацептивов для психически больных лиц и определения медицинских показаний для искусственного прерывания беременности. Права умственно отсталых лиц по созданию семьи обсуждались в 1967 г. на Стокгольмском совещании международных обществ по защите психически неполноценных лиц.

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ

Один из основоположников отечественной терапии М.Я. Мудров считал профилактику болезней основой деятельности врача: "Долг врача — взять в свои руки людей здоровых, предохранять их от болезней наследственных или угрожающих, предписывать им надлежащий образ жизни, ...ибо легче предохранить от болезней, нежели их лечить".

Психопрофилактика—это раздел общей профилактики, включающий совокупность мероприятий, которые обеспечивают психическое здоровье, включая профилактику личностных и профессиональных кризисов, предупреждение возникновения и распространения нервно-психических заболеваний. Выполнение психопрофилактических мероприятий требует наличия у врача любого профиля, кроме общей профессиональной подготовки, специальных знаний в области клинической (медицинской) психологии, психиатрии и психотерапии. Это особенно важно, если учитывать тесную взаимосвязь физического и душевного здоровья человека: психическое состояние оказывает влияние на соматическое здоровье человека, а соматические проблемы могут вызвать серьезное эмоциональное расстройство.

В нашей стране принята международная классификация этапов психопрофилактики. По терминологии Всемирной Организации Здравоохранения, профилактика делится на первичную, вторичную и третичную.

Первичная психопрофилактика — это комплекс мероприятий, направленных на предупреждение вредных воздействий на человеческую психику. На этом уровне система психопрофилактики состоит в изучении выносливости психики к воздействию вредных агентов окружающей среды и возможных путей увеличения этой выносливости, а также предупреждении психогенных заболеваний. Первичная психопрофилактика тесно связана с профилактикой общей и предусматривает комплексное участие в ней большого круга специалистов: социологов, психологов, физиологов, гигиенистов, врачей. По сути, это диспансеризация здорового населения с осуществлением широкого комплекса психогигиенических мероприятий, поскольку способствовать возникновению нервно-психических нарушений могут как неблагоприятные социально-психологические условия существования человека (информационные перегрузки, психическая травматизация и микросоциальные конфликты, неправильное воспитание в детстве и т.п.), так и факторы биологического характера (соматические болезни, травмы мозга, интоксикации, действие вредностей в период внутриутробного развития мозга, неблагоприятной наследственности и т.п.).

Особая роль в осуществлении первичной психопрофилактики отводится психиатрам, психотерапевтам и клиническим (медицинским) психологам, которые призваны осуществлять не только раннее выявление нервно-психических заболеваний, но и обеспечивать разработку и внедрение специальных психопрофилактических и психотерапевтических мероприятий в различных сферах человеческой деятельности. Здесь задачи также сложны и многообразны. Они тесно смыкаются с социальной психологией, так как необходимо внимательное изучение групповой, коллективной деятельности, совместного поведения и общения, особенностей психического состояния индивида в группе. Серьезное внимание надо уделять применению медицинской и психологической экспертизы различных производств и технологических процессов, например разработке мероприятий, предупреждающих неблагоприятное, невротизирующее действие монотонности поточно-конвейерного производства.

Вторичная психопрофилактика — это максимально раннее выявление начальных фаз нервно-психических заболеваний и их своевременное (раннее) активное лечение. Она состоит в контроле за неутяжелением или в предупреждении негативных последствий уже начавшегося психического заболевания или психологического кризиса. Согласно рекомендации Всемирной Организации Здравоохранения, под вторичной профилактикой подразумевается именно лечение. Некачественное, несвоевременное лечение при не-

рвно-психических заболеваниях способствует их затяжному, хроническому течению. Успехи активных методов лечения, особенно достижения психофармакологии, заметно отразились на исходах психических заболеваний: повысилось число случаев практического выздоровления, увеличилась выписка больных из психиатрических больниц. Однако следует помнить, что вторичная профилактика направлена не только на биологическую основу болезни, она требует применения психотерапии и социотерапии в широком смысле этих понятий.

Третичная психопрофилактика — это предупреждение рецидивов нервно-психических заболеваний и восстановление трудоспособности человека, перенесшего заболевание. Третичная психопрофилактика направлена на предупреждение инвалидности при наличии у человека нервно-психического заболевания. Во многих случаях для предупреждения рецидива психического заболевания больному требуется применение поддерживающей психофармакотерапии. Например, при различных аффективных расстройствах типа маниакально-депрессивного психоза с успехом применяются с профилактической целью соли лития. При неврозах главное место в поддерживающей терапии принадлежит психотерапии и т.д.

В поддерживающей терапии при психических заболеваниях большую роль играет использование труда в специально созданных условиях лечебно-трудовых мастерских, терапия занятостью (чтение, участие в самодеятельности) и другие социотерапевтические меры, которые направлены не на биологическую основу болезни, а адресованы к личности больного. В любом случае, при предупреждении утраты работоспособности при нервно-психических заболеваниях или профессиональных и личностных кризисах речь идет обычно о *профессиональной реабилитации* (поиск новых ресурсов в профессиональной деятельности, возможностей профессионального роста или в ряде случаев — возможной смене профессии); *социальной адаптации* (создание максимально благоприятных условий для больного человека при его возвращении в привычную окружающую среду) и поиске путей для *самоактуализации личности* (осознание личностью собственных возможностей для пополнения ресурсов роста и развития).

Реабилитация (лат. *rehabilitatio* — восстановление в правах) — система медицинских, психологических и социальных мер, предупреждающих дальнейшее развитие болезни, потерю работоспособности и направленных на возможно более раннее и эффективное возвращение больных и инвалидов к общественно полезному труду и активной социальной жизни. Лечение болезни может проводиться без специаль-

ных реабилитационных средств, но реабилитация включает также лечебные средства для достижения своих целей. Важнейшими задачами реабилитации являются восстановление личного (в собственных глазах) и социального (в глазах окружающих) статуса больного — семейного, трудового, общественного. М.М. Кабановым (1978) были выделены основные принципы и этапы реабилитации при нервно-психических расстройствах.

Основные принципы реабилитации: 1) партнерство — постоянная апелляция к личности больного, согласованные усилия врача и больного в постановке задач и выборе способов их решения; 2) разносторонность воздействий — указывает на необходимость использовать разные меры воздействия, от биологического лечения до разных видов психотерапии и социотерапии, привлечение к восстановлению больного семьи, ближайшего окружения; 3) единство психосоциальных и биологических методов воздействия — подчеркивает единство лечения болезни, воздействия на организм и личность больного; 4) ступенчатость воздействий — включает поэтапный переход от одних реабилитационных мер к другим (например, на начальных этапах болезни могут превалировать биологические методы лечения болезни, а на этапах выздоровления — психо- и социотерапевтические).

Основные этапы реабилитации: 1) восстановительная терапия — лечение в стационаре, активная биологическая терапия с включением психотерапии и социотерапии, постепенный переход от щадящего режима к активизирующему; 2) риадаптация — начинается в стационаре и продолжается во внебольничных условиях, адаптация к семье, наряду с поддерживающей терапией применяют лечение трудом, а при необходимости обучают новой профессии; 3) реабилитация в собственном значении слова — рациональное трудоустройство, нормализация бытовых условий, активная социальная жизнь.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А.* Психология в медицине. — М.: "Ка-федра-М", 1998.
- Амосов Н* Моделирование мышления и психики. — Киев, 1965. *АнастасиА.* Психологическое тестирование / Пер. с англ.—М., 1982. *АндрееваГ.М.* Социальная психология.—М., 1997.
- Банщиков В.М., Гуськов В.С., Мягков КС.* Медицинская психология.— М., 1967.
- Блейхер В.М.* Клиническая психопсихология. — Ташкент, 1976.
- БухановскийА.О., КутявинЮ.А., ЛитвакМ.Е.* Общая психопатология.— Ростов-на-Дону: "Феникс", 1998.
- Гиппенрейтер Ю.Б.* Введение в общую психологию.— М.:МГУ, 1988. *ГодфруаЖ.* Что такое психология: В 2-х т. — М., 1992. *Дубровский Д. И.* Психические явления и мозг.—М., 1971.
- Ждан А.Н.* История психологии от античности до наших дней. — МГУ, 1990.
- ЗейгарникБ.В.* Патопсихология.—М.: МГУ, 1986.
- ЗеркинД.П.* Основы конфликтологии.—Ростов-на-Дону: "Феникс", 1998. *Карвасарский БД.* Медицинская психология. —Л., 1982. *Карвасарский БД.* Психотерапия.—М., 1985. *Квасенко А.В., ЗубаревЮ.Г.* Психология больного. —Л., 1980.
- Ковалев А.Г.* Психология личности.—Л., 1963.
- Коломинский Я.Л.* Человек среди людей.—М., 1976.
- Кон КС.* Психология ранней юности.—М., 1989.
- Кондратенко В. Т., Донской Д.И.* Общая психотерапия. —Минск, 1993. *Конечный Р., Боухал М.* Психология в медицине.— Прага: Авице-нум, Медицинское издательство, 1983.
- Кричевский Р.Л., Дубовская Е.М.* Психология малой группы. — **МГУ**, 1991.
- Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К.* Медицинская психология.—М., 1984.
- Лебединский М.С., Мясищев В.Н.* Введение в медицинскую психологию.—Л., 1966.
- Леонтьев А.Н.* Деятельность. Сознание. Личность. — М., 1975. *ЛичкоА.Е.* Подростковая психиатрия. — Л., 1985. *ЛурияА.Р.* Основы нейропсихологии. —М: МГУ, 1973.

- Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии. — М.: "Академический проект", Екатеринбург: "Деловая книга", 1999.
- Мельников В.М., Ямпольский Л.Т. Введение в экспериментальную психологию личности.—М., 1985.
- Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. — М.: "МЕДпресс", 1998.
- Мухина В.С. Возрастная психология.— М., 1997. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. —Л., 1960. Немое ЕС. Психология: В 3-х т. —М., 1995.
- Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику.—МГУ, 1987. Общая психология / Под. ред. А.В. Петровского. — М., 1986.
- Психотерапевтическая энциклопедия / Под. ред. Б.Д. Карвасарского. —СПб.: "Питер", 1998.
- Рубинштейн С.Л. Общие основы психологии. — М.-Л., 1947. Рудестам К. Групповая психотерапия. — М., 1990. Соколова Е.Е. Тринадцать диалогов о психологии.—М., 1995. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса.—Л., 1984.
- Творогова Н.Д. Психология: Лекции для студентов медицинских вузов.—М, 1998.
- Теории личности в западноевропейской и американской психологии: Хрестоматия по психологии личности / Под. ред. Д.Я. Райгородского. — Изд. дом "БАХРАХ", 1996.
- Тонконогий ИМ. Ведение в клиническую нейропсихологию. —Л., 1973.
- Узнадзе Д.Н. Экспериментальные исследования по психологии установки.— Тбилиси, 1958.
- Фэйдимен Д., Фрейгер Р. Теория и практика личностно-ориентированной психологии. —М., 1996.
- Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. — Будапешт, 1981.
- Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности.—СПб., 1997.
- Шванцарай и др. Диагностика психического развития. —Прага, 1978.
- Шибутани Т. Социальная психология. —М, 1969.
- Эльконин Д.Б. Детская психология.—М., 1960.
- Ярмоленко А.В. Очерк психологии слепоглухонемых. — Л., 1961.
- Ярошевский М.Г. История психологии. — М., 1985.

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

- Абазия 222 Абраскция
338 Аврсивный
стимул 52 Аверсия
212 Автономная речь
94 Аггравация 260
Агорафобия 223
Агрессивная энергия
19 Агрессия 209, 210
Адаптация 250
 ребенка к школе 108
Аддиктивное поведение 138
Акмеология 141 Акселерация
развития 124
Аксиопсихотерапия 291
Алекситимия 241
Амбивалентное отношение к
болезни 260
Амнезия диссоциативная 222
Аналитическая психология
Юнга 32 Анальная стадия
29 Анальный характер 30
Анестезия 21 Анима и
Анимус 35 Анонимные
алкоголики 187 Анорексия
243 Антенатальная
диспозиция 40
Антисоциальное поведение
138 Апатия 210 Аппетенция
212 Арттерапия 184 Архетип
33 Асоциальность 138
Астазия 222 Атака
паническая 223 Атрибуция
каузальная 201 Аттракция
202 Аутоагрессия 282
Аутопластическая картина
болезни 253
- Аутотренинг
244
Аутоэротизм
32 Афония 222
Аффективно-шоковые реакции
215 Аэрофагия 243
- Базальная тревога
38 Беседа
 познавательный аспект
 317
 структура 315
 эмоциональный аспект 319
Бессознательное 17, 42
Биологическая смерть 264
Биоэнергетика 345 Биоэтика
295 Бихевиоризм 6, 49, 346
Ближайшая зона развития
80 Брачная терапия 188
Брсйнсторминг (мозговая
атака) 182 Бронхиальная
астма 246
- Варианты развития
 психосоматозов 243
Ведущая деятельность 82
Взросление 115
Визуальное общение 194
Внутренняя картина болезни
254
Внушение 161
Воздействие 335
Возрастная психология
(развития) 71
Возрастные кризисы 81
Врач и его качества 302
Врачебная тайна
(конфиденциальность) 294
Вытеснение 25
- Галоэффект 201
Гснитальная стадия 32
Генитальный характер
32 Гетероагрессия
282

Гипсратскис 20
 Гипсрнозогнозия 255
 Гипертиреоз 247
 Гипертоническая болезнь
 245 Гипонозогнозия 255
 Гипотеза психосоматической
 специфичности 231
 Глоссадиния 330 Глоссалгия
 328, 330 Голотропная
 терапия 346
 Гомосексуальность 42
 Госпитализм 89 Готовность
 ребенка к школе 101
 Градуированная экспозиция
 347 Группа 154
 динамика 168, 174
 малая 165
 нормы 172
 референтная 167
 стихийная 159
 тренинга (Т-группа) 69
 устойчивая большая 156
 членства 167
 Групповая терапия 184
 Гуманизм врача 293
 Гуманистическая
 психология 7

 Двигательная
 расторможенность 128
 Делинквентность 138
 Делирий
 ночной старческий 263
 Деонтология 295
 Депрессивная когнитивная
 триада 348
 Депрессия возрастно-
 ситуативная
 148
 Дспривация 46, 89,
 100 Дерезализация
 невротическая 310
 Деструктивный конфликт
 198 Детское понимание
 смерти 265 Деформация
 профессиональная 296
 Деятельность
 врачебная 293
 Дизонтогсез 126
 Динамизмы в
 психоанализе 20
 Динамика
 неврозов 223
 психологических реакций
 умирающих 266
 Динамическая психотерапия
 кратковременная 343
 Дисморфобия-дисморфомания
 128 Диснозогнозия 256
 Диссимуляция 260

 Диссоциация 21
 Дистресс 237
 Дошкольный возраст
 99

 Жалобы проблемные 327

 Закон научения Торндайка
 50
 Замещение 27, 28
 Защита
 психобиологическая
 209 психологическая
 213, 310
 Защитные механизмы Еgo 24
 Здоровье 248
 внутренняя картина 249

 Игровая деятельность 95
 Идентификация 26, 46, 201
 Идеология 156
 Измененные состояния
 сознания 346
 Имидж 161
 Импульзия 59, 347
 Инволютивная адаптация
 146
 Инволюция 146
 Индекс групповой
 сплоченности 173
 Индивидуализация 250
 Индивидуальная психология
 Адлера
 36
 Инсайт 341, 348, 351
 Инстинкт обобщенный в
 психоанализе
 19
 Интенция парадоксальная
 58, 345 Интеракционистские
 теории 5 Интервенция
 кризисная 290 Интроверт
 33 Интроспекция
 (самонаблюдение) 5,
 6, 49
 Инфантилизм
 125 Инцест 28
 Истерическая
 личность 330 Истерия
 218, 221

 Картография
 бессознательного С.
 Грофа 273
 Кастрации комплекс 31
 Катарсис 338
 Катарсическая психотерапия
 338
 Кататимно-имагинативная
 психотерапия 346
 Катскис 20
 Кинема 195
 Кинесика 193, 311
 Классический психоанализ и
 психотерапия 342

- Климакс] 45 Клиническая смерть 264 Клуб бывших пациентов 184 Клятва профессиональная 294 Когнитивная карта-схема 55, 92 Когнитивный бихевиоризм Э. Толмена 54 Коллектив 155 Коллективное бессознательное 33 Коммуникация 191 парадоксальная 195 Комплекс оживления 88 стремления к превосходству 37 Эдипа 30 Электры 30 Конвенциональное сотрудничество 323 Конверсия 21, 231 Конгруэнтность 67 Кондиционирование скрытое 347 Конкуренция 197 Конституция 244 Контрактная модель отношений «врач—больной» 323 Контрперсн 170 Конфликт 315 групповой 232 двойной 212 интрапсихический 212 мотивационный 211 поколений 136 Конфликтология 198 Конфронтация 350 Концепция возрастного развития Эльконина 83 двухфазного вытеснения Митшера 234 личностных профилей Данбар 233 невроза в бихевиоризме 57 социальных представлений (Московичи) 157 Кооперация] 96 Копинг-механизмы 220, 240 Корректирующий эмоциональный опыт 350 Кризис с методологических основ психологии 5 одного года 92 пубертатный (13 лет) 119 середины жизни 143 трех лет 97 Криминальное поведение 138 Критерии психического здоровья 250 Критические периоды развития 76 Культурноисторическая концепция Вygотского 80 Лечение средой 188 Либи́до 19 Лидер 164, 178 Личное пространство 194 Личностно ориентированная (реконструктивная) психотерапия 342, 349 Личностные типы А и В 245 Личностный смысл 285 Личность суицидальная 279 Логотерапия 344 Малый возрастной кризис (7 лет) 107 Манипулирование 335 Марафон 185 Масса 160 Массовые социальные движения 162 Мастурбация 130, 131, 133 Масштаб переживаний болезни 255 Матрицы перинатальные Грофа 273 Менталитет 157 Мсрицизм 244 Метакоммуникация 195 Метафизическая (философическая) интоксикация 129 Метод контрольных вопросов 183 синектики 182 Методы FAST-методика 195 Механизмы присоединения к массовым движениям 163 психологической защиты 24, 63, 213 Механизмы групповой динамики 177 Младенец 89 Младшие школьники 104 Модели развития группы 174 Модель эмоциональной динамики группы 176 Морфологический анализ 182 Мотивация 64 Музыкотерапия 184 Мы-чувство 159 Направление 232 антропологическое

- психосоматическое 228
- социометрическое 169
- Направления в зарубежной групповой психологии 168
- Направления в психологии 3
 - гуманистическое 60
 - поведенческое (бихевиоризм) 49
 - психодинамическое 16
 - трансперсональное 64
 - экзистенциально
- е 7 Научение 351
- Научение викарное
- 56 Неврастения
- 218, 221 Невроз
- 216, 327
 - навязчивых состояний 219, 222
 - пенсионный 42
 - переноса 320
 - принципы диагностики 224
 - развития и реактивный 223
- Невротический конфликт 218
- Невротическое развитие личности 223
- Нискофильная ориентация 44
- Необихевиоризм 49,
- 54 Неофрейдизм 232
- Нервная (психическая) анорексия 129
- Новорожденность 87
- Нормативный кризис идентичности 120
- Нуклеарная (ядерная) семья 41
- Образ
 - идеального врача 305
 - идеального пациента
- 307 Общение 191
 - бессловесное 311
 - дистанции 313
- Общественное мнение 160
- Объяснительные фикции 54
- Окно Джогари 69
- Онкологические заболевания 318
- Оперантный бихевиоризм Б.В. Скин-нера 52
- Опросник
 - Отношения к деятельности Каппони и Новак 303
- Оральная стадия 29
- Организация 167
- Особенности поведенческой терапии 59
- Отношение 13
- Отношение личности 206
- Отождествление 27
- Отражение при психологическом контакте 326
- Отрицание реальности 25
- Панглосс—Кассандра 26
- Паралингвистика 193
- Параметрический подход к группе 177
- Паранояльность 283
- Патогенетическая психотерапия 338
- Патологические формы поведенческих реакций у детей 139
- Педология 80
- Первичный страх 41
- Переживание
 - болезни в динамике 261
 - болезни у детей 262
 - болезни у пожилых людей 262
 - трансперсональное 271,
- 272 Перенос См. Трансфер
- Переходные дошкольники 107
- Периодизация психического развития В.В. Ковалева 83
- Персона 34
- Пик-переживание 63
- Поведение
 - массовое (коллективное) 160
 - математические теории (Халл) 56
 - оперантное Скиннера 52
 - при фрустрации 209
 - саморазрушающее 279
 - суицидальное 284
- у подростков 137
- Поведенческая психотерапия 58
- Пограничные состояния 205
- Подражание 161
- Подросток 117
- Поздняя зрелость 144
- Половые охотничьи табу 28
- Помощь психологическая 332
- Приближение к действительности 326
- Привычки «оральные» 29
- Признаки стрессового напряжения 237
- Принцип
 - релятивности 214
 - сенсильности 214
- Принципы реабилитации 365
- Причины стрессового напряжения 238

Проблема
 меньшинства в социальной
 психологии 163
 психосоматическая 229
 Продуктивный конфликт 198
 Проекция 26
 Проксмика 193
 Промежуточные переменные
 в бихевиоризме 55
 Промискуитет 28
 Противоперснос 320
 Профилактически
 ориентированная
 патогенетическая
 психотерапия 291
 Процессы совладания *См.*
 Копинг-механизмы
 Прояснение (кларификация)
 326
 Психическая травма 215
 Психические процессы
 4 первичные и
 вторичные в
 психоанализе 22
 Психический детерминизм
 16
 Психическое заражение 160
 Психическое здоровье 249
 Психоанализ 6, 16, 231,
 272 в социальной
 психологии 169
 «культурный» 43
 Психоаналитическая
 психотерапия 343
 Психогения 204, 207
 Психогигиена
 352
 воспитания
 353 обучения
 354 семьи
 360 труда 356
 Психодинамические теории
 5
 Психологическая аутопсия
 278
 Психологическая защита на
 уровне перцепции 213
 Психологическая коррекция
 (психокоррекция) 333
 Психологическая реальность
 по Роджерсу 66
 Психологический возраст 73
 Психологический контакт
 308
 Психологическое
 информационное поле
 болезни 254
 Психологическое
 консультирование 332
 Психологическое «рождение»
 41
 Психология 63
 гуманистическая
 60 деятельности
 9
 народов В. Вундта 4
 отношений Мясищева 13
 поведенческая
 (бихевиоризм) 49
 понимающе-описательная
 6
 социальных классов 157
 экзистенциальная 7
 этнических групп 158
 Психопрофилактика 362
 Психосексуальные
 ориентации 132
 Психосексуальные стадии
 развития 28
 Психосинтез 345
 Психосоматические
 расстройства у
 детей 243
 Психосоматозы 227
 Психосоциальная
 идентичность 45
 Психотерапия 333, 338,
 339
 голотропная,
 психоделическая 273
 групповая 185
 клиентцентрированная
 недирективная 68
 когнитивная 348
 коллективная 184
 малая повседневная врача
 по
 Б.Е. Вотчалу 318
 методы 336
 суппортивная
 247 Публика 160
 Различия
 психотерапевтических под-
 ходов 340
 Раннее детство 93
 Ранний детский аутизм 127
 Ранняя зрелость 142
 Рационализация
 (интеллектуализация)
 25
 Рациональная психотерапия
 337
 Реабилитация 43, 364
 Реактивная триада Яспера
 205
 Реактивное
 (рефлекторное) поведение
 53
 Реактивные психозы
 215
 Реакции
 больных на повреждения
 лица 331
 психосоматические
 226
 Реакция
 мнимой смерти 58
 психосоциальная на болезнь
 260
 Регрессия 26
 Респондентное поведение 53
 Ретардация развития 124
 Рефлексия 201, 251
 Ритуальный стиль поведения
 200
 Руководитель 178

Самоактуализация 7, 60
 Самовнушение 338
 Самонаблюдение (интроспекция) 49
 Саморазрушающее поведение 228
 Самосознание суицидента 282
 Самость (Self) 35, 67
 Сексуальная ориентация 133
 Сексуальное развитие 129
 Семейная терапия 187
 Символика социокультурная сердца 325
 Симптом конверсионный 226
 Симптоматическая психотерапия 337
 Симптомы
 дизонтогенетические 127
 патогномоничные 224
 Симуляция 260
 Синдром
 Мюнхаузена 242
 невропатии 127
 одержимости («икотка») 22
 Полле 242
 психосоматический функциональный 227
 страхов 128
 уходов и бродяжничества 128
 философической интоксикации 42
 хронической усталости, диагностика 300
 хронической усталости у врача 298
 эмоционального выгорания у медработников 301
 Синектический штурм. См. Метод синектики
 Систематика психического развития в психиатрии 84
 Смерть социального атома 43
 Смесь Медуны 272
 Сновидения 219
 Сознание 17, 34
 состояние в момент смерти 269
 Сократовский диалог 314, 345
 Соматизация 27
 Соматогения 252
 Соматоформные расстройства 228
 Сопротивление 17, 321
 Состояние
 кризисное 279
 постсуицидальное 289
 Социал-дарвинизм 281
 Социализация 141, 250
 Социальная зрелость 110
 Социальная перцепция 200
 Социальная психология 153, 155
 Социальная роль 171, 189
 Социальная смерть 264
 Социальное поведение 57
 Социальное развитие 136
 Социодинамическис теории 5
 Средняя зрелость 143
 Стадия состояния сознания при угрозе жизни 270
 Старение 146
 Старость
 биологические подходы 145
 патологическая 152
 психологические подходы 147
 социологические подходы 151
 Статус 171
 Стенокардия 245
 Стереотипизация 159, 202
 Стил
 жизни 37
 лидерства 180
 Страдание 209
 Странные увлечения детей 129
 Стратометрическая концепция группы 176
 Страх 209
 кастрации 31
 предоперационный 325
 Стресс
 психологический 209
 хронический
 неспецифический 236
 Структура личности в психанализе 22
 Структурализм 4
 Ступор диссоциативный 222
 Сублимация 21
 Субститут 28
 Субъективный метод в психологии 49
 Суггеренд 161
 Суггестивная психотерапия 338
 Суггестор 161
 Суицид 278
 Суицидальный эквивалент 279
 Суицидология 278
 Схема Элизабет Кюблер-Росс 268
 Такесика 194
 Телепатия 274
 Теория
 архетипов 33
 «базальной тревоги» К. Хорни 38
 взросления 77
 десоматизации—ресоматизации Шура 234

- деятельности 9
 жизненных событий Холмса и Рейха 238
 идентичности Эриксона 45
 интеллектуального развития Пиаже 72
 интерперсональная Салливана 40 коллектива
 психологическая 176
 кортиковисцеральная 235 личности
 феноменологическая Роджерса 65
 мобилизации ресурсов **163**
 мышления периферическая 51, 52 неспецифического
 стресса при психосоматозах 235 нравственного развития
 Кольберга ПО
 общения и личности
 Бодалсва 12 относительной депривации 163
 отчуждения Фромма 43
 «подражания» Г. Тарда **162** поля 168
 происхождения лидерства 179 психодинамических
 конфликтов Александера 232
 психосоматической специфичности 233
 самоактуализации Маслоу 60 социального научения
 (Бандура) 54, 56
 специфического стресса 230 транзакций 199
 установки 14
 харизматическая лидерства 179
 Терапия когнитивная 348
 Терминальный больной 274
 Техника активного слушания 309
 Тип
 личностной реакции на заболевание 257
 отношения к болезни (Личко, Иванов) 259
 отношения к болезни по Барксру 258 суицидального
 поведения 286
 Толерантность к фрустрации 209
 Толпа 160
 Транзактный анализ. См. Теория транзакций
 Трансперсональная сфера 274
 Трансфер 320
 Трансцендентность 271
 Трансцендирующие самоактуализаторы 63 Трансы 222
 Тревога 209
 Трудновоспитуемость 113
 методы изучения 140 Трудотерапия 184
 Убеждение
 техники 313
 Управление 335
 Уровни общения 13 Установка 14, 219
 суицидальная 283
 Учебная деятельность 105
 Фаза групповой динамики 185 Фактор
 конституциональный X 232
 Факторы
 брачные 360
 группового мнения 183
 Фаллическая стадия 30
 Фаллический личностный тип 31 Фасцинация 192 Феномен
 группового давления 172
 мы-чувства 184
 сдвига риска 183
 Феноменологическое направление 65
 Физиологическая психология 3, 4 Физическое созревание 121
 Фильтр доверия и недоверия 192 Фобия
 социальная 223
 Формирование 335 Формы
 взаимодействия врача и больного 321
 Фрустрация 207, 208, 247 Фуга
 диссоциативная 222
 Функции общения 191
 158
 Функционализм 4
 Характер
 социальный Хоспис 276
 Цензура 17
 Чувства взрослости 117

Шизоидная личность 331
Школа «New Look» («новый
взгляд») 200
Школьная зрелость ПО

Эгоцентризм 100
Эгоцентрическая речь
100
Эдипов комплекс 31
Экзистенция 7
Экстраверсия-
интроверсия 33
Экстраверт 33
Экстралингвистика 193
Электры комплекс 31

Эмоции вегетативное
сопровождение 236
Эмпатия 201
Энкопрез 244
Этапы реабилитации 365
Этнопсихология 158
Эффект ореола **201**
первичности и новизны
202

Юность 120

Язвенная болезнь желудка и
12-перст-
ной кишки 246
Язвенный колит
247

СОДЕРЖАНИЕ

РАЗДЕЛ 4 ТЕОРИИ ЛИЧНОСТИ

Глава 15

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ИЗУЧЕНИИ ПСИХОЛОГИИ ЛИЧНОСТИ.....

3

Глава 16

ТЕОРИИ ЛИЧНОСТИ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХОЛОГИИ

Понятие личности с позиций психологии деятельности.....	9
Общение и формирование личности.....	12
Психология отношений.....	13
Теория установки.....	14

Глава 17

ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПСИХОЛОГИИ

Зигмунд Фрейд: психодинамическая теория личности	16
К. Юнг (Jung C): аналитическая психология.....	32
А. Адлер (Adler A.): индивидуальная психология...	36
К. Хорни (Horney K.): теория "базальной тревоги"	38
Г. Салливан (Sullivan H.S.): интерперсональная теория	40
Э. Фромм (Fromm E.): теория отчуждения.....	43
Э. Эриксон (Erikson E.H.): теория идентичности. .	45

Глава 18

ПОВЕДЕНЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПСИХОЛОГИИ (БИХЕВИОРИЗМ)

376

Начало бихевиоризма, классический (радикальный) бихевиоризм.....	50
Необихевиоризм.....	54
Концепция невроза и поведенческая психотерапия.....	57

Глава 19	
ГУМАНИСТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПСИХОЛОГИИ	
А. Маслоу (Maslov A.H.): теория самоактуализации.....	60
Карл Роджерс (C. Rogers): феноменологическая теория личности.....	65

РАЗДЕЛ 5 ПСИХОЛОГИЯ РАЗВИТИЯ И ВОЗРАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Глава 20	
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ	
Предмет и методы возрастной психологии.....	71
Понятие возраста в психологии.....	73
Возрастная эволюция мозга и психики.....	74
Основные теории взросления.....	76
Отечественные концепции развития психики.....	80

Глава 21	
ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ДО ПОСТУПЛЕНИЯ В ШКОЛУ	
Психическое развитие ребенка от рождения до конца первого года жизни.....	86
Раннее детство (преддошкольный период).....	93
Дошкольный период.....	99

Глава 22	
ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНИКА	
Психологические особенности детей младшего школьного возраста.....	105
Основные психологические проблемы периода вхождения в школу.....	106
Адаптация ребенка к школе.....	108
Психологические трудности собственно младшего школьного возраста.....	109
Антидисциплинарное поведение (трудновоспитуемость).....	113

Схема обследования ребенка при жалобах на трудности адаптации к школе.....	
113	

Глава 23	
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВОГО И ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА	
Общая характеристика периода взросления.....	115
Психологическое развитие подростка и юноши..	117
Физическое развитие и взросление.....	121
Сексуальное развитие и взросление.....	129
Интеллектуальное развитие и взросление.....	134
Социальное развитие и взросление.....	136

Глава 24	
ВОЗРАСТОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В ЗРЕЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ	
Психология периода взрослости.....	141
Старение и психология старости.....	144

РАЗДЕЛ 6

ЛИЧНОСТЬ И ОБЩЕСТВО: ПСИХОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ

Глава 25	
ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ ПСИХОЛОГИИ БОЛЬШИХ СОЦИАЛЬНЫХ ГРУПП	
Социальная психология как наука.....	153
Устойчивые большие социальные группы.....	156
Стихийные группы.....	159
Массовые социальные движения.....	162

Глава 26	
ПСИХОЛОГИЯ МАЛОЙ ГРУППЫ	
Классификация малых групп.....	167
Структура и феноменология малой группы.....	171
Этапы и модели развития малой группы.....	173
Механизмы групповой динамики.....	177
Лидерство и руководство в малых группах.....	178
Эффективность деятельности группы.....	181
Групповая терапия.....	184

Глава 27	
ЗАКОНОМЕРНОСТИ ОБЩЕНИЯ И ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЛЮДЕЙ	
Психологические и общественные отношения.....	189
Общение и его структура.....	190
Коммуникативная сторона общения.....	191
Интерактивная сторона общения.....	196
Перцептивная сторона общения.....	200

РАЗДЕЛ 7 ЛИЧНОСТЬ И БОЛЕЗНЬ

Глава 28	
ПСИХОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	
Учение о психической травме.....	204
Фрустрация.....	207
Мотивационные конфликты.....	210
Механизмы психологической защиты.....	213
Психогенные нервно-психические заболевания..	214

Глава 29	
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА	
Определение и вопросы классификации.....	226
История изучения проблемы психосоматических взаимосвязей	229
Психодинамические концепции и "гипотеза специфичности"	
психологических факторов в генезе психосоматозов.....	231
Стресс и "неспецифичность" роли психосоциальных факторов в генезе психосоматозов.....	235
Психосоматический подход в медицине, психологические аспекты диагностики и терапии психосоматических заболеваний.....	241

Глава 30	
СОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ	
Внутренняя картина здоровья.....	248
Влияние болезни на психику человека.....	251
Внутренняя картина болезни.....	254
Типы реакции на болезнь.....	256
Амбивалентность отношения больного к болезни.	260

Переживание болезни во времени.....	261
Возрастные особенности внутренней картины болезни.....	261
Глава 31	
ПСИХОЛОГИЯ УМИРАНИЯ	
Поведение и субъективные переживания умирающих	264
Состояние сознания в момент смерти.....	269
Терминальный больной и качество его жизни.....	274
Глава 32	
СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ	
Психологические особенности личности суицидента	282
Диагностика суицидального поведения.....	284
Постсуицидальное состояние.....	289
Вопросы психотерапии и психопрофилактики суицидального поведения.....	290
РАЗДЕЛ 8	
ВРАЧ И БОЛЬНОЙ: ПСИХОЛОГИЯ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА	
Глава 33	
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОВСЕДНЕВНОЙ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	
Врач как личность и вопросы профессиональной пригодности к медицинской деятельности.....	293
Больной и его образ "идеального врача".....	305
Личность больного и эффективность психологического контакта с ним.....	307
Методики установления психологического контакта	308
Беседа: общая структура.....	315
Основные формы психологического взаимодействия между врачом и больным.....	321
Характер заболевания и тип контакта.....	323
Глава 34	
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ	

Соотношение различных видов психологической помощи.....	332
Симптоматическая и патогенетическая психотерапия	336
Психодинамическое направление в психотерапии	342
	380

Гуманистическое (экзистенциально-гуманистическое, феноменологическое) направление в психотерапии	344
Поведенческое направление в психотерапии.....	346
Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия	349
Глава 35	
ПСИХОЛОПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОГИГИЕНЫ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ	
Основы психогигиены.....	352
Основные задачи психопрофилактики.....	362
РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА.....	366
ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.....	368

СИДОРОВ Павел Иванович
ПАРНЯКОВ Александр
Владимирович

ВВЕДЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКУЮ
ПСИХОЛОГИЮ Том II

Компьютерная верстка: *Е.В.*
Ярославцева Корректор:
Л.Н.Гагулина

Изд.лиц. № 065723 от
10.03.98. Литературно-
издательское агентство
"Академический Проект"
111399, Москва, ул. Мартеновская, 3, стр. 4
Гигиенический сертификат № 77.99.6.953.П.4044.7.99 от
05.07.99

Изд. лиц. № 00036 от 26.09.99
Издательство «Деловая книга»
620219, Екатеринбург, ул. Тургенева, 13, к. 4.
Гигиенический сертификат № 77.ФЦ.8.953.П.510.5.99 от
12.05.99

Подписано в печать с готовых диапозитивов 25.11.99.
Формат 84x108/32. Гарнитура Тайме. Бумага
офсетная.
Печать офсетная. Усл. печ. л. 20,16. Тираж 5000 экз.
Заказ № 548.

Налоговая льгота — общероссийский классификатор
продукции ОК-005-093, том 2; 953000 — книги,
брошюры.

Отпечатано с готовых диапозитивов на ГИПП
«Уральский рабочий» 620219,
Екатеринбург, ул. Тургенева, 13.